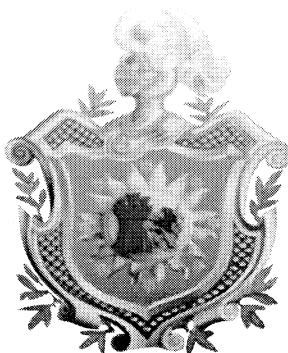


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, MANAGUA
MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**TRABAJO PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**



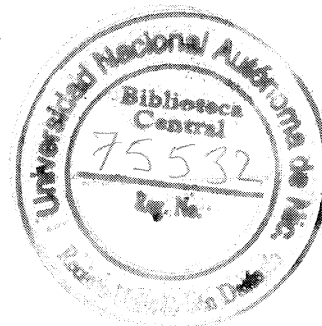
**DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS.
MUNICIPIO DE JINOTEGA. ABRIL-MAYO 2006**

AUTORA: Dra. Erlinda Castillo Castellón

TUTORA: LIC. YADIRA MEDRANO MONCADA, MSP

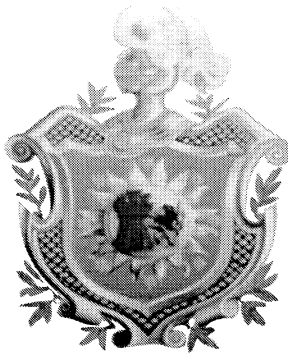
PROFESORA TITULAR UNAN-MANAGUA

MSc
MED
378.242
Cas
2007



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, MANAGUA
MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**TRABAJO PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**



**DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS.
MUNICIPIO DE JINOTEGA. ABRIL-MAYO 2006**

AUTORA: Dra. Erlinda Castillo Castellón

TUTORA: LIC. YADIRA MEDRANO MONCADA, MSP

PROFESORA TITULAR UNAN-MANAGUA

PRESIDENTE: _____

SECRETARIO: _____

VOCAL: _____

Dra. x Fac. Med. 11/7/07

Índice

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

NOTA DE LA TUTORA

RESUMEN

CAPITULO I. GENERALIDADES

	Pág.
1,1 Introducción	5
1,2 Justificación	7
1,3 Planteamiento del problema	9
1,4 Antecedentes	11
1,5 Objetivos	16
1,6 Marco Conceptual	17

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2,1 Diseño	30
------------	----

CAPITULO III. DESARROLLO

3,1 Resultados	38
3,2 Discusión	44
3,3 Conclusiones	51
3,4 Recomendaciones	52

CAPITULO IV. BIBLIOGRAFÍA

4,1 Bibliografía	53
------------------	----

CAPITULO V. ANEXOS

5,1 Cuadros	55
5,2 Gráficos	
5,3 Plan de intervención	
5,4 Instrumento de recolección de información	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, MANAGUA

OPINION DE LA TUTORA

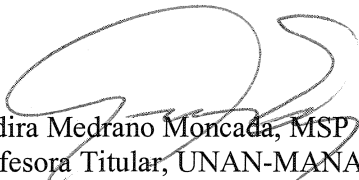
Es una satisfacción para mi haber acompañado los esfuerzos de la Dra. Erlinda Castillo Castellón en la conclusión de su sueño, obtener el grado científico de Maestra en Salud Sexual y Reproductiva. Para ello la autora realizó su trabajo monográfico “DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS. MUNICIPIO DE JINOTEGA ABRIL-MAYO DEL 2006”

Es muy importante un diagnóstico de situación de SSR en adolescentes porque permite intervenciones rápidas y efectivas sobre todo cuando la autora trabaja en los programas de salud del Estado, responsable de desarrollar políticas en beneficio de los grupos vulnerables.

Otros profesores y compañeros de trabajo, entre ellos el Dr. Eladio Meléndez le aportaron sus habilidades y destrezas a la autora para la conclusión de su investigación; cuyos resultados deben ser entregados a las autoridades competentes para que pongan en práctica las recomendaciones brindadas por la Dra. Castillo.

En todo momento Erlinda demostró compromiso, responsabilidad, creatividad y sentido del deber para desarrollar su trabajo y sobre todo sensibilidad con el grupo de adolescentes.

Felicito a la autora por su trabajo y sobre todo por su persistencia y deseos de superación, BIEN GANADO SU TITULO.



Yadira Medrano Moncada, MSP
Profesora Titular, UNAN-MANAGUA

CC/Archivo

RESUMEN

El propósito de este estudio es contribuir de alguna manera a detectar precozmente las necesidades, situaciones de riesgo en materia de salud sexual y reproductiva, también reconocer las prioridades y formas de transmitirles información que ayude a fomentar la autoestima y el autocuidado que implica en las mejoras en el desarrollo humano de los muchachos y muchachas de la región de Jinotega.

Se realiza estudio descriptivo de corte transversal en el municipio de Jinotega en el área urbana en 32 barrios en período marzo – abril de 2006 a adolescentes en edades comprendidas entre 15-19 años. El muestreo fue por conglomerado agrupándose por cada barrio 10 adolescentes, tomando un total de 320 unidades mediante entrevista, con variables de estudio: Características sociodemográficas, Aspecto de Salud Sexual y Elementos de Salud Sexual Reproductiva

Los y las jóvenes de Jinotega demuestran patrones de características propias del país, donde los muchachos/as que no estudian y forman parte de la población económicamente activa no tienen trabajo. La cuarta parte de los y las adolescentes no tienen vivienda propia y si tienen servicios básicos no son completos. Las razones que señalaron como motivo para no seguir estudiando fueron situación económica difícil, por embarazos en las jóvenes, desinterés y uno menciona que no se lo permitieron.

Con relación a la salud sexual y reproductiva de nuestros/as muchachos/as los principales elementos que presentan señales de peligro y exponen al deterioro del desarrollo pleno e integral son: Iniciación temprana de las actividades sexuales sin o inadecuadamente protegido; la poca percepción del cuidado de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA; el uso de la violencia y el maltrato familiar, y el bajo nivel de escolaridad que son la población más susceptible o expuesta.

En cuanto a los elementos de la comunicación lo más evidente es la información de persona a persona a través de diferentes instituciones que trabajan en su beneficio. Los temas que más buscan información es el relacionado a las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA y los problemas relacionados con el embarazo.

INTRODUCCIÓN

La vulnerabilidad de la juventud está ligada a los problemas de pobreza, analfabetismo, salud y a la situación, a menudo, doblemente desfavorable de las niñas y mujeres jóvenes.¹

En las conferencias recientes de las Naciones Unidas sobre población y sobre la mujer se exhortó a proporcionar a los jóvenes mejor protección contra los peligros y mejor acceso a los recursos, incluida la atención de salud reproductiva. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), 1994, instó a los países miembros a tomar medidas como; protegerlos de enfermedades, malnutrición y otro efecto de la pobreza. Asegurar la igualdad de oportunidades de varones y mujeres. Abordar el abandono y explotación incluida la explotación sexual. Eliminar la discriminación contra las jóvenes embarazadas. Proteger la salud reproductiva y sexual, mediante la provisión de acceso a información y servicios confidenciales. Asegurar el futuro de los jóvenes, mediante el suministro de la educación, capacitación, empleo, vivienda y atención en salud. Dentro de esto esta también brindar apoyo a las instituciones u organizaciones que asisten a los jóvenes.

La CIPD exhortó a cada nación a promulgar legislación en apoyo de los jóvenes y asignar los recursos necesarios para aplicar esa legislación. Las naciones también deben poner en vigor legislación penal que proteja a los jóvenes.²

El goce de una vida larga y saludable por toda la población de un país es un objetivo prioritario del desarrollo humano. Sin salud y sin la perspectiva de disfrutar los beneficios de las iniciativas que cada persona toma y de los esfuerzos que realiza, nadie tiene muchas opciones ni oportunidades. En este sentido, la lucha contra las enfermedades y las muertes evitables gracias al acceso general a los servicios de salud adecuados, es una exigencia fundamental para que cualquier sociedad pueda avanzar y crecer. La pobreza y el bajo nivel educativo están íntimamente ligados a los riesgos reproductivos. En el caso de las mujeres a esto se suma la desigualdad derivada de su condición de género. Sus necesidades y

su bienestar están generalmente subordinados a las creencias, deseos y requerimientos de los hombres.

Lo que más llama la atención es la mayor flexibilidad y la forma más inteligente de encarar la vida de las jóvenes mujeres. Han recuperado mucho terreno. La mayor parte de ellas reacciona a las incertidumbres actuales con una actitud más productiva.⁴

La atención a la problemática de la población infantil y adolescente, está subsumida dentro de un paquete de medidas dirigidas a “grupos vulnerables”. En ninguno de estas propuestas se identifican metas, estrategias ni líneas de acción claras y coherentes dirigidas al cumplimiento de los derechos y necesidades propias de niñas, niños y adolescentes, contraviniendo así los principios esenciales de las Convenciones internacionales y el carácter de exigibilidad que el cumplimiento de la misma tiene para Nicaragua como Estado-parte.

Nicaragua cuenta hoy en día con una legislación moderna y amplia en materia de niñez y adolescencia y con un marco de política social. Sin embargo, la aplicación efectiva de este marco jurídico y de políticas se ve obstaculizada por la falta de coherencia entre las políticas macroeconómicas y sociales, así como la precaria situación que coloca a Nicaragua como el 2^{do} país más pobre de la región de América Latina y el Caribe. Otro elemento importante es la cultura adultista que concibe a los adolescentes como objetos pasivos de la protección de los adultos y no como sujeto de derecho.⁵

Justificación

Cuando los jóvenes no consiguen llegar a la edad adulta en buena salud, con una educación adecuada y sin embarazos, el costo que esto supone para los gobiernos y los individuos es considerable. Estos costos son casi siempre superiores al costo de los programas para ayudar a la juventud a lograr estas metas.

Se sabe poco sobre la sexualidad sana de los jóvenes dentro de su ambiente cultural. Es necesario aprender más sobre los valores, identidad y actitudes de ambos sexos. Los indicadores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes se centran sobre todo en las consecuencias de la salud reproductiva, y se dejan fuera los indicadores de salud sexual y de desarrollo, como por ejemplo el conocimiento y aprecio del propio cuerpo, el desarrollo de relaciones relevantes y la capacidad de negociación. Esto se debe en parte al hecho de que dichas características son difíciles de medir, pero también es un reflejo del enfoque en salud reproductiva.⁶

Se dan muchas cosas por sentado acerca de la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes, se supone que están bien, tienen pocas necesidades sanitarias y su desarrollo corre pocos riesgos, se supone también que los muchachos adolescentes son problemáticos, agresivos y .es difícil trabajar con ellos. Este segundo presupuesto se basa en aspectos específicos del comportamiento y el desarrollo de los muchachos como la violencia y la delincuencia. Y se critica y a veces criminaliza su comportamiento sin comprender correctamente el contexto.

Tanto los muchachos adolescentes, como las muchachas, son una población heterogénea. Muchos de ellos están en la escuela, pero muchos otros no; otros trabajan; algunos son padres; unos son compañeros o esposos de muchachas adolescentes; otros son bisexuales u homosexuales; algunos participan en conflictos armados como combatientes o como víctimas; algunos sufren abusos sexuales o físicos en sus hogares; algunos abusan sexualmente de mujeres

jóvenes o de otros muchachos; algunos viven o trabajan en la calle; otros tienen relaciones sexuales a cambio de dinero para sobrevivir. Algunos/as adolescentes corren riesgos y tienen necesidades sanitarias y de desarrollo que probablemente no se hayan tenido en cuenta, o se educan socialmente de formas que conducen a la violencia y a la discriminación contra las mujeres o contra otros muchachos, y a riesgos sanitarios para sí mismos y para su comunidad.

La pubertad conlleva una presión social tanto para muchachos como muchachas para ajustarse a las normas relacionadas con cada sexo. La presión para que los varones se ajusten a las normas tradicionales y estereotipadas de la masculinidad tiene consecuencias directas sobre su salud mental y física, y en su comportamiento de demanda de atención de salud y de ayuda y relacionado con el riesgo. La tendencia de los muchachos a no revelar sus emociones y problemas personales las dificultades para emitir las necesidades y las presiones para seguir los papeles y las normas tradicionales conlleva al consumo de sustancias y el suicidio. La adolescencia es un momento crítico en que los muchachos empiezan a formar los valores que pueden representar sus patrones de conducta de por vida.⁷

El propósito de este estudio es contribuir de alguna manera a detectar precozmente las necesidades, situaciones de riesgo en materia de salud sexual y reproductiva, también reconocer las prioridades y las formas de transmitirles información que ayuden a fomentar la autoestima y el autocuidado que implica en las mejoras en el desarrollo humano de los y las adolescentes de la región de Jinotega.

Planteamiento de problema

Correr riesgos voluntariamente forma parte del crecimiento y desarrollo de la población de menor edad. Los ayuda a probar fuerzas y capacidades para enfrentarse al mundo. Desafortunadamente, en ocasiones los jóvenes homologan los comportamientos riesgosos como muestras de madurez. La sociedad, en vertiginoso y a veces caótico cambio, ofrecen cada vez más oportunidades de riesgo a los jóvenes, que pueden conducir en ocasiones a efectos dañinos que podrían durar la vida entera.

Una variada constelación de fuerzas influye sobre el comportamiento de la población de menor edad. Hasta la fecha, se han identificado factores protectores individuales (autoestima y locus de control interno), familiares (armonía en la familia, buena relación con al menos uno de los padres) y ambientales (los pares, la escuela, la sociedad en su conjunto). Los contextos sociales en los que estos cambios tienen lugar son fundamentales, y entre ellos, la familia y la escuela con su director papel formador (protector) o deformador (riesgo) son primordiales. La posibilidad de desarrollo futuro, de tener un “proyecto de vida”, constituye otro factor importante para que los jóvenes actúen responsablemente en esta transición y alcancen un completo desarrollo de su potencial.⁸

Los términos como “delincuencia adolescente”, “violencia juvenil” y “problemas juveniles” conducen a una imagen negativa de este grupo de edad. Los programas suelen limitarse a tratar “el embarazo adolescente” y promover la abstinencia y el uso del condón, y el término “madre adolescente” se considera un fracaso, aunque esto no sea *siempre* el caso. Los programas ignoran que la sexualidad es parte del desarrollo humano y los conceptos como amor, sentimientos, emociones, intimidad y deseo con frecuencia no se incluyen en intervenciones de salud sexual y reproductiva.

En Nicaragua los adolescentes demuestran bajas tasa de asistencia escolar, de la población ambos sexos de 6 años y más de edad, el 22.5% no tiene ningún nivel

educativo, el 49.0% tiene algún nivel de Primaria, entre el 21.0% y el 24.0% cuenta con algún nivel de Secundaria, y solamente el 4.0% con algún nivel de educación superior. También presentan bajo nivel en capacitación y destreza, pocas oportunidades para recreación, pocas oportunidades de empleo. Es evidente la unión temprana y el embarazo, Las tasas de fertilidad entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad han disminuido en la Región, lo cual se atribuye al incremento de los niveles de educación. Pero las tasas de fertilidad siguen siendo superiores al 100 por 1.000. Las infecciones de transmisión sexual son altas. De igual manera la exposición al abuso sexual. En los últimos años la tasa de VIH/SIDA en adolescentes ha aumentado. Se estima que hay 560.000 personas jóvenes, entre 15 y 24 años de edad, viviendo con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe; el 69% de los infectados son hombres y el 31% son mujeres.^{6, 9, 10}

En el municipio de Jinotega la violencia intrafamiliar y sexual entre las edades de 16 a 20 años por trimestre tienen en promedio 18 casos donde la primera representa el 66.6%, el 21.0 y 51.8% es causado en la población que tiene nivel escolar de primaria. Esto según datos de la policía del municipio.

De acuerdo a los datos del SILAIS Jinotega la cobertura de anticonceptivos para adolescentes es de 0.87%, el método que más utilizan son los inyectables la prevalencia de embarazo es de 3.47% y la ITS esta representado por el 0.012%^{11, 12}.

¿Cuál es la situación de salud sexual y reproductiva de los adolescentes del municipio de Jinotega?

ANTECEDENTES

Estudio realizado en América Latina en jóvenes marginados debido a la importancia que la juventud tiene como proporción de la población total en esta región y como factor de recambio generacional en un período de transformaciones profundas en la economía y la sociedad latinoamericana. Uno de los rasgos más sobresalientes en la situación de marginación de los jóvenes de la calle es la desintegración de su entorno familiar, en un clima de pobreza y violencia acentuadas. La falta de una estructura familiar que pueda sostenerlos y orientarlos en su formación constituye la exclusión principal, al menos para los más jóvenes. Esta condición negativa se refuerza con el abandono de la escuela y la casi imposibilidad de lograr posteriormente una inserción laboral que pudiera otorgarles los medios para sobrellevar una vida digna¹³.

En 1994, investigaciones del Caribe, Norteamérica, parte de Asia meridional y algunas zonas urbanas de América Latina concluyeron que en las escuelas secundarias de diversos países de la región, los varones jóvenes eran en aquel momento menos del 50% de los estudiantes de las escuelas secundarias

Si bien la desventaja femenina en el sector educativo es todavía predominante en muchas regiones, sobre todo en Asia meridional, África y algunas zonas rurales de América Latina., en otras zonas, la desventaja de las muchachas ha disminuido sustancialmente y la desigualdad educativa basada en la posición socioeconómica es más predominante que los desequilibrios entre los sexos en la matriculación y en el éxito escolar. En toda Europa occidental las muchachas normalmente superan a los muchachos en las pruebas normalizadas, se gradúan en mayor número en la escuela secundaria y un mayor número de ellas llega a la universidad

En relación al suicidio se demostró de la recopilación de datos (1998). En todo el mundo entre 100.000 y 200.000 jóvenes cometen suicidio anualmente, mientras posiblemente 40 veces más intentan suicidarse (Programa de Desarrollo y Salud

Adolescente de la OMS, 1998). En términos de desagregación de sexos, tres veces más mujeres que hombres intentan suicidarse pero tres veces más hombres se suicidan (OMS, 1998). En algunos países, jóvenes bisexuales u homosexuales tanto hombres como mujeres. Constituyen un grupo de riesgo significativo de comportamiento suicida. Algunos estudios han descubierto que entre un 20 y un 42% de juventud homosexual intenta suicidarse, y que casi todos los intentos ocurren entre los 15 y los 17 años.

El comportamiento de uso de narcótico, fumado y licor; en muchas partes del mundo, los muchachos es más probable que fumen, beban y tomen drogas que las muchachas. El consumo de sustancias, sobre todo el alcohol, suele formar parte de una constelación de comportamientos de riesgo de los muchachos, incluida la violencia, y la actividad sexual sin protección. En Ecuador, el 80% de usuarios de narcóticos son hombres, y la mayoría están al final de la adolescencia. Un estudio nacional de los adolescentes de Estados Unidos descubrió que el 20,1% de varones en comparación con el 15,6% de mujeres manifiesta tomar alcohol dos días o más por mes (Blum y Rinehart, 1997). En Jamaica, la duración de la vida y el uso actual de marihuana entre hombres y jóvenes adultos es de dos a tres veces mayor que las tasas de uso entre las mujeres jóvenes (Wallace y Reid, 1994).

De la salud sexual y reproductiva los hallazgos encontrados demuestran que; muchos jóvenes varones de todo el mundo consideran la experiencia sexual heterosexual un rito de tránsito a la hombría y un logro o éxito más que una oportunidad de vivir una situación íntima. En algunas áreas del mundo, las mujeres jóvenes tienen experiencias sexuales casi con tanta frecuencia como los hombres jóvenes pero ellas describen sus relaciones como más estables e íntimas, mientras que los jóvenes describen la misma relación sexual como superficial u ocasional. Por ejemplo, las investigaciones con jóvenes de 15 a 24 años en Nigeria descubrió que la preponderancia de sexo superficial para los muchachos en los 12 meses anteriores era del 35%, en comparación con el 6% en las muchachas. Las jóvenes es más probable que manifiesten tener un compañero

sexual regular (80%) en comparación con el 44% de muchachos con experiencia sexual (Amazigo et al., 1997). También se ha evidenciado que; los jóvenes heterosexuales a menudo comentan sus conquistas con orgullo con el grupo de pares, mientras que los jóvenes homosexuales a menudo esconden sus experiencias sexuales.

La información que toman relacionada a los aspectos sexuales es más probable que ésta derive de sus amigos así lo demostró un estudio realizado en Jamaica en jóvenes entre las edades de 15 a 24 años. Sin embargo las jóvenes es más probable que lo hagan con sus padres (32,2%) y con personal sanitario (29,8%) respectivamente. Incluso en países en que se fomentan las charlas abiertas sobre sexualidad con los adolescentes, como Dinamarca, casi la mitad de varones adolescentes de 16 a 20 años no hablaba nunca con sus padres de sexualidad (Rix, 1996).

Al considerar el uso de anticonceptivo los resultados encontrados señalan que; en varias partes del mundo han demostrado que el uso de preservativos entre los varones adolescentes y jóvenes ha aumentado en los últimos años pero sigue siendo poco constante, y a menudo varía según la categoría del compañero sexual. La motivación de los muchachos para utilizar preservativos a menudo varía según la pareja: con una pareja estable o novia, se usan los preservativos como anticonceptivos; con una pareja ocasional, se utilizan los preservativos para prevenir las ITS y el VIH. Con más frecuencia, el uso de preservativos se asocia a una pareja ocasional. Un estudio con trabajadores de fábrica jóvenes en Tailandia descubrió que el 54% de los muchachos que habían tenido su primera experiencia sexual con una profesional del sexo manifestaban haber utilizado un preservativo en esa ocasión, en comparación con sólo el 20% que decía haber utilizado preservativos en su primera experiencia sexual cuando la pareja no era una profesional del sexo (OMS, 1997).

En cuanto al autotratamiento para ITS. En varias partes del mundo las investigaciones confirman que los muchachos adolescentes a menudo tienen

tasas altas de ITS, y que a menudo ignoran estas infecciones o se fían de remedios caseros o del autotratamiento.⁸

Otro elemento son los abusos sexuales Un estudio basado en las historias clínicas de un Hospital en Perú puso de manifiesto que el 90% de las madres de 12 a 16 años de edad habían quedado embarazadas a raíz de actos de violación.⁸

Resultados de las dos encuestas de población en Nicaragua (ENDESA-2001 y EMNV-2001), se encontró; que la mitad de las jóvenes tuvo su primera relación sexual a los 16 años, habiendo grupos muy significativos que la tuvieron a menores y mayores edades. Un primer cuartil de jóvenes tuvo su primera relación sexual los 13 años y un tercero a los 18 años, y es mayor con las jóvenes de área urbana que las del área rural, otro estudio en ocho cabeceras departamentales del país dijeron que Dos de cada tres jóvenes no tienen relaciones de pareja.

La tasa de fecundidad es menor en la población femenina entre las edades de 18 a 30 años siendo de 2.3 hijo por mujer. En las mujeres jóvenes el uso de métodos anticonceptivos es también relativamente alto. De las personas jóvenes que han procreado, la mayor parte (55%) tiene un hijo o hija; Una de cada seis adolescentes (15-19 años) ya son madres (15%).

El gran proveedor de métodos anticonceptivos es el sistema de salud, donde prácticamente la totalidad de las mujeres jóvenes que los obtienen declararon haberlos utilizado (69.7 por ciento). Un 18.9 por ciento de mujeres obtienen los métodos anticonceptivos en las farmacias, mercados y supermercados siendo esta práctica mayor en las áreas urbanas, ya que en las ciudades hay un mayor comercio relativo.

El empleo en jóvenes de Nicaragua se ha derivado en una transferencia de fuerza laboral hacia el sector privado, el cual emplea a la inmensa mayoría de jóvenes que se encuentran ocupados (90.5 por ciento). Se puede decir que en términos generales la mayoría de la población joven ocupada obtenía ingresos netos de su

trabajo por debajo del costo de una canasta básica de 53 productos comprados en Managua en el 2001, En ese mismo período un 67.3 por ciento de la población joven obtenía por su trabajo un ingreso neto máximo de 1,500 córdobas mensuales, y un 14.1 por ciento percibían ingresos netos menores a los 500 córdobas. Solamente un 27.3 por ciento de esta población obtenía ingresos netos entre 1501 y 3000 córdobas mensuales. La población joven económicamente activa la constituyen el 57%. Por otro lado la población joven desocupada incluye en este acápite a los desocupados que buscan trabajo y a los que han determinado no buscar trabajo, que en total son el 40.8 por ciento.^{14, 15}

Una persona joven de cada diez admitió que ha estado tan deprimido que ha pensado en suicidio de acuerdo al sexo, los hombres se ubican 2.8 puntos por encima de las mujeres.

En relación a consumo de droga el 6,7% de los jóvenes ha probado algún tipo de droga en los últimos doce meses.

Por la recreación el promedio diario es de 2.5 horas para ver televisión y poco más de dos horas para escuchar música en orden de jerarquía. La mitad (51%) de la población juvenil no practica ningún deporte.¹⁵

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la situación de los y las adolescentes de 15 a 19 años de edad, en materia de salud sexual y reproductiva, en el municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.

Objetivos especifico.

1. Caracterizar sociodemográficamente a los participantes del estudio.
2. Describir los aspectos de salud sexual de los y las adolescentes.
3. Conocer los elementos de salud reproductiva de los entrevistados.
4. Describir los componentes de la comunicación que tienen los y las jóvenes de Jinotega.

MARCO REFERENCIAL

El concepto de adolescencia (del latín *adolescere*, crecer) como período de la vida entre la maduración biológica (incluida la madurez sexual) psíquica y social, y el momento de asumir los papeles y responsabilidades de los adultos, es relativamente nuevo y surge como epifenómeno de las sociedades occidentales modernas, relacionado con un mayor grado de industrialización y urbanización, que llevó a dar importancia a la educación como factor fundamental para avanzar en la sociedad. Sobre todo, los hijos varones comenzaron a ser eximidos del trabajo a fin de que tuviesen más años de estudio (se suponía que las niñas no entraban al mercado laboral, sino que estaban destinadas a ser amas de casa y madres). En el caso de los varones urbanos, el calificativo de adolescente se correspondía con el número de años de educación, y estaba vinculado a la clase social. Se dice que “el mundo del pasado estaba poblado exclusivamente de niños y adultos

La adolescencia se caracteriza por grandes y rápidos cambios en el crecimiento y desarrollo físico, sólo superados por los que ocurren en la vida fetal y la primera infancia. Es también un período de cambios mentales, emocionales y sociales profundos. Debido a la velocidad con que ocurren estos cambios y procesos de búsqueda del equilibrio consigo mismo y con la sociedad a la que busca incorporarse, se observan ambivalencias y contradicciones, lo que hace que el desarrollo no se manifieste como un proceso continuo sino como una serie de avances y aparentes retrocesos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como población adolescente al grupo 10-19 años de edad; como juventud al grupo 15 - 24 y como gente joven a la cohorte de 10 - 24 años. Por las diferencias en las diversas etapas de desarrollo y en consecuencia por las distintas necesidades y percepciones, es conveniente subdividir el grupo 10-19 años en los subgrupos 10-14 (adolescencia temprana) y 15-19 (adolescencia tardía) y juventud propiamente dicha al grupo 20-24 años.

Estos períodos tienen límites poco definidos y su duración está condicionada por factores no sólo biológicos sino de índole política, cultural, social, psíquica, económica y de equidad o inequidad de género, aspectos íntimamente relacionados con las condiciones socioculturales en que ocurren. Lo que sucede en esta edad.

Características del desarrollo biológico y personal

Dentro del largo proceso de transición de niño a adulto, período de crecimiento y maduración significativos, ocurre la pubertad, momento en el cual se producen todos los cambios relativos a maduración y desarrollo sexual y reproductivo, medido por cambios neurohormonales que tienen repercusiones marcadas en el aspecto y forma del cuerpo, distinguiéndose así la estructura corporal femenina de la masculina, por el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias. En la niña, este proceso comienza hacia los 10 años, y el hecho indicativo de la pubertad es la menarquía o primer sangramiento menstrual, que puede o no regularizarse en este momento. Si así ocurre, se considera que ha alcanzado la madurez sexual y reproductiva. En el varón ocurre también crecimiento corporal, aumento del volumen testicular y comienzan las primeras manifestaciones físicas del inicio de la vida sexual como erecciones nocturnas, sueños húmedos, etc. Estos cambios se suman a una multitud de modificaciones psicosociales que conducen a la madurez biológica, psicológica y de integración a la sociedad.

Factores protectores y de riesgo

Los estudios demuestran que los factores de riesgo de las conductas problemáticas y sus consecuencias para la salud son comunes y están relacionadas entre sí. Algunos estudios identifican los siguientes factores de riesgo: leyes y normas comunitarias que favorecen las actividades delictivas transgresoras o restringen el ejercicio de los derechos; problemas familiares: presión del grupo y desorganización social. Todos ellos son comunes en los casos de consumo de drogas, delincuencia, trabajo infantil, gestación no deseada, deserción escolar y violencia. En este período, la población de menor edad debe

socializarse en varias áreas, y el fracaso en cualquiera de ellas se asocia con riesgos en otras.

a. Biológicos

- Edad de la pubertad: la edad de la pubertad ha declinado desde los 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 – 13 años en la actualidad. Los adolescentes son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquia precoz están más expuestas al riesgo de embarazarse.
- El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.
- El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes latinoamericanos sigue siendo bajo. Según datos registrados por la OPS (1998), el uso de anticonceptivos es sumamente bajo en este grupo de edad
- Las estimaciones muestran que sólo 1 de cada 10 adolescentes solteros y sexualmente activos usan anticonceptivos.

b. Psicosociales

Disfunción familiar: un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además, puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo, que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de Incesto. Se han descrito como factores de riesgo asociado a la familia: la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

Culturales: en un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, es frecuente el fatalismo. Bajo estas circunstancias, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. Por la sumisión de las mujeres el machismo y la necesidad del varón de probarse, son un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se

ha demostrado la existencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

Psicológicos: durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas “eso no les va a pasar”, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

Sociales: las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.⁸

Educación

Se estima que 10 años de escolaridad o más constituye una educación adecuada para potenciar y asegurar la superación de la pobreza. Según informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el nivel de escolaridad oscila entre 80% en Chile y 46% en Honduras, con grandes diferencias entre las clases sociales y entre adolescentes urbanos y rurales. El analfabetismo en nuestra región afecta más a las mujeres y aún más a aquellas que viven en las zonas rurales. En Bolivia y Perú el analfabetismo llega a 8.3% y 10.2% respectivamente, de las mujeres, frente a 3.7% y 3.5% de los hombres. Se sabe que existe una relación inversa entre educación y probabilidad de comenzar una vida sexual activa temprana. Los indicadores y estudios demuestran que las posibilidades de educación para la mujer adolescente representan factores decisivos en su desarrollo. El nivel de educación es la variable que más influye en la mayoría de los resultados negativos en salud, como la gestación no deseada/no planeada, el consumo de drogas y la violencia, factores que perpetúan el ciclo de pobreza y la marginación social de la mujer.⁹ En Nicaragua el 70.0% de los jóvenes están en secundaria y uno de cada seis en la universidad.¹⁰

Composición familiar en Nicaragua

La mayoría de jóvenes (72%) vive en un núcleo familiar (padre, madre y hermano/as) o con su pareja e hijos, siendo mayor la cantidad de adolescentes hombres que las mujeres quienes conviven en este tipo de familia. Otra parte pequeña (14%) vive en núcleos familiares ampliados (ya sea con uno de sus padres o madres y otros familiares. La casa donde viven es principalmente propia (65%). En este caso, el sector de jóvenes que reconoce como propia la casa donde viven aunque sea de sus madres/padres; quienes consideran como propia su casa en mayor proporción son los jóvenes adolescentes varones más que las muchachas,¹⁰

Situación de la Salud

En América Latina y el Caribe, las tasas de mortalidad para este grupo son cuatro veces más altas que en los países desarrollados.

En las últimas décadas, se ha producido un incremento de todas las formas de violencia en la región, constituyéndose en una de las preocupaciones más graves en materia de salud pública. El suicidio es motivo de preocupación especialmente en Argentina, México, Venezuela, Brasil y Trinidad y Tobago. El homicidio lo es en Colombia, Brasil, México y Panamá.

Salud sexual y reproductiva (SSR)

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la ausencia de enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sexual. En consecuencia, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

El Programa de Acción de El Cairo reconoce el derecho inalienable de las personas al libre ejercicio de su sexualidad y reproducción sin ninguna forma de coerción, discriminación por sexo o edad o violencia, y que algunos grupos de la

población se encuentran en situación de minusvalía para tomar decisiones responsables al respecto, en particular las niñas, las adolescentes y las jóvenes.

Salud sexual en la adolescencia

La sexualidad como vivencia subjetiva, en un contexto sociocultural concreto del cuerpo sexuado, es parte integral de la vida humana desde el nacimiento; es eje del desarrollo físico y psicosocial, y se enmarca dentro de las relaciones de género.

Una dimensión fundamental del comportamiento humano. Este despertar de sensaciones que se hacen conscientes en la adolescencia, conlleva en sí la posibilidad de un comportamiento responsable en los años futuros o la pérdida del potencial de desarrollo y riesgos reales de salud, principalmente para las niñas, quienes continúan llevando en este proceso la carga mayor de discriminación y riesgos por violaciones de sus derechos sexuales y reproductivos y ausencia de un marco jurídico que les dé la protección requerida.

Es muy difícil aún para muchos adultos reconocer la sexualidad de los y las adolescentes como un hecho natural e importante para su desarrollo, lo que ha contribuido a su discriminación en cuanto a servicios de atención de la salud sexual. Ello también ha condicionado barreras culturales que impiden la recolección y análisis de datos epidemiológicos sobre su sexualidad, desagregados por edad o sexo.

Educación sexual.

Se ha demostrado que la incorporación de la educación sexual desde temprana edad, brinda resultados positivos en cuanto al retraso del inicio de la vida sexual y la responsabilidad ante la sexualidad y la reproducción. Sin embargo, aún se confrontan en algunos países de la Región, resistencias de grupos ultra conservadores. En América Latina existen programas de educación sexual con metodologías y materiales que han resultado exitosos y en los cuales se abordan los temas de la sexualidad, la afectividad y el amor de forma natural. Hay mayor

aceptación de los padres, madres y docentes para abordar la temática de la sexualidad y el autocuidado pero algunos programas mantienen un enfoque Biologicista.

Inicio de la actividad sexual.

Existe inconsistencia en la literatura en cuanto a la edad de inicio de la vida sexual en los y las adolescentes. Los estudios cualitativos presentan limitaciones ya que, debido a la construcción de género aun prevaleciente, los jóvenes, a diferencia de las jóvenes, parecerían “sobre-reportar” su actividad sexual a fin de demostrar su hombría.

Los y las adolescentes y jóvenes forman un grupo muy diverso con necesidades diferentes entre los sub-grupos. Esta diversidad, dada por la edad, el sexo, las condiciones socioeconómicas y culturales, y la historia sexual y reproductiva, influye en sus expectativas y conceptos respecto a la sexualidad, sus vivencias, sus posibles consecuencias positivas y negativas. La sociedad adulta, por su parte, perpetúa esquemas de comportamiento y de aceptación diferencial de éstos, dependiendo si se trata de una mujer o de un hombre adolescente. Las chicas confrontan esquemas de doble moral (ser “castas y puras” pero tener relaciones sexuales con la pareja “como prueba de amor”), con la expectativa de lograr una relación estable. Los chicos son socializados con enfoques de múltiples relaciones para demostrar su hombría a través de un comportamiento sexual agresivo. Estos patrones de género promueven la dominación por el varón y la falta de capacidad de negociación por parte de las adolescentes.

Riesgos para la salud sexual del adolescente.

Se ha producido en las últimas décadas una disminución de la edad promedio de la menarquía y la madurez sexual y un aumento en la edad para contraer matrimonio. Junto con esto, la actividad sexual antes del matrimonio o de unión consensual parece haber aumentado ostensiblemente en las últimas décadas. Con ello, se ha incrementado el tiempo que los/las adolescentes enfrentan los riesgos de una actividad sexual sin protección o información, incluyendo la gestación

temprana, no deseada/no planificada, con su alto riesgo a esta edad de morbimortalidad materna e infantil y de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH/SIDA.

Estos comportamientos sexuales ponen en peligro el desarrollo y en última instancia la vida de los/las jóvenes de ambos sexos pero las consecuencias son mucho más serias para la calidad de vida de las jóvenes y entrañan un problema importante de salud pública en nuestra región.⁹

Embarazo en adolescentes

El embarazo en la Adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los primeros años ginecológicos de la mujer adolescente (10-19 años), mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también el Síndrome de Fracaso, o la puerta del ciclo de pobreza. El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida. Contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”⁸

En América Latina la tercera parte de todas las jóvenes menores de 20 años ya tienen un hijo y se calcula que un promedio de 25-40% de las jóvenes tiene su primer hijo antes de los 18 años. No existen datos acerca del número de varones adolescentes que embarazan a una chica o se convierten en padres y su actitud ante este evento en su vida. El embarazo en la adolescencia puede alterar por completo la vida futura de una joven, con abandono del sistema escolar, frenando su desarrollo y con el consecuente impacto negativo sobre su contribución potencial a la sociedad. Pocos países en la región tienen un marco legal que asegure la continuidad de los estudios a las adolescentes.

Existen diferencias entre el comportamiento reproductivo y las intenciones reproductivas. El embarazo adolescente, dentro o fuera de una relación estable o matrimonio, es con una alta frecuencia no deseado/no planeado, y constituye uno

de los factores determinantes en la reproducción intergeneracional de las inequidades de género. El número elevado de abortos en adolescentes embarazadas es otro indicador de la “no intencionalidad” del embarazo.

El embarazo y el parto entre 15 y 19 años se asocia a una mayor frecuencia de muerte, así como con la morbilidad materna, principalmente toxemia, bajo peso al nacer y mortalidad infantil y complicaciones en el parto con riesgo de parto prematuro y obstrucción del mismo. Recordemos que no sólo tiene importancia la edad sino también otros factores sociales y económicos. Las jóvenes que dan a luz en la adolescencia tienen un nivel inferior de vida posterior y una mayor posibilidad de un nuevo embarazo que aquéllas que demoran este primer hijo. El rol de madres es muchas veces difícil de asumir en la adolescencia lo que conlleva riesgos para la madre y el hijo.

Las adolescentes pobres, con menores niveles de escolaridad y oportunidades de trabajo presentan el mayor número de embarazos tempranos. Un hijo, núcleo conflictivo entre el embarazo y el aborto, mas allá de las innumerables dificultades y sufrimientos, sigue siendo un proyecto de vida vigente en sí mismo al que acuden las jóvenes más pobres.

El aborto inducido en la adolescencia

El aborto está prohibido en la mayor parte de los países de la región, con restricciones que varían de un país a otro, por lo que este proceder se realiza clandestinamente y bajo condiciones totalmente inseguras para la madre. Las estadísticas no son confiables debido a su carácter ilegal y penalizado, pero se sabe que es una de las graves consecuencias del inicio precoz de la actividad sexual sin información adecuada, así como la gestación no deseado/no planeado.

Muchas de las muertes maternas a esta edad ocurren por complicaciones de abortos.

Las consecuencias del aborto no se limitan a las médicas o biológicas (desde infertilidad hasta muerte por sepsis, hemorragia, perforaciones uterinas, etc.); las

secuelas psicológicas que este proceder provoca con su carga de culpabilidad y frustración, además de la estigmatización social, son tan importantes y duraderas como aquéllas.

Prevalencia de uso de anticoncepción.

Según el FNUAP 1996. Una de cada cinco mujeres unidas tiene una demanda insatisfecha de planificación familiar. Cifra mucho mayor en población adolescente. Los niveles de uso de anticoncepción entre las adolescentes casadas y no casadas varían de 30-53%. El uso del condón por las adolescentes casadas no supera el 8% en ningún país y las sexualmente activas, no casadas, tienen el doble de probabilidades de usar el condón.

Existe un nivel relativamente alto de conocimiento por parte de las y los adolescentes sobre los diversos métodos anticonceptivos modernos existentes. Entre ellos, la píldora anticonceptiva y el condón son los métodos mejor conocidos. Sin embargo, este conocimiento no se traduce en porcentaje de uso, particularmente en las primeras relaciones sexuales. La causa de esta aparente contradicción entre conocimiento y uso real difieren entre las y los adolescentes. Las primeras reconocen que aunque quisieran usar el condón, su pareja no quiere y temen una reacción adversa de su parte o que se les considere promiscuas. En los varones, el no uso del condón va ligado a mitos y tabúes acerca de la disminución del goce sexual que su uso produciría y a lo inesperado de la relación.

El acceso que tienen los/las adolescentes a los servicios de planificación familiar (PF) es aún muy limitado debido en gran parte a barreras médicas y culturales de los proveedores de salud, de educación y a aspectos de carácter jurídico-legal.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y SIDA

La incidencia más alta de ITS, incluido el VIH/SIDA, se encuentra en el grupo 15 - 24 años. La mitad de las nuevas infecciones de VIH ocurren en este grupo de edad, por diversos factores biológicos, las mujeres son particularmente

vulnerables ante una ITS y el SIDA; ha habido en los últimos cinco años un aumento agudo del SIDA en la población femenina.

El riesgo de infección es notablemente mayor entre muchachas de bajo nivel socioeconómico, quienes son forzadas a ejercer la prostitución o no tienen poder de negociación para el uso del condón con la pareja. Estos riesgos se acentúan con el inicio temprano de la actividad sexual que generalmente conlleva el cambio frecuente de pareja.

Violencia intrafamiliar

En los últimos cinco años, gracias a los movimientos de mujeres, la Conferencia de El Cairo (1994) y la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer (1995), se ha logrado criminalizar la violencia intrafamiliar, particularmente contra la mujer, la niña y la adolescente, incluida la coerción sexual o sexo no consensual. Este tipo de violencia es considerado un grave síntoma de las limitadas opciones que la vida ofrece a las jóvenes, producto de las inequidades de género prevalecientes.

En todos los países de la región ha ido aumentando la visibilidad de la violencia intrafamiliar. Las informaciones disponibles muestran que 25-50% de las mujeres encuestadas han sido víctimas de abusos físicos por parte de su pareja. Los más vulnerables al abuso sexual son los y las adolescentes entre 11-16 años y aún existe muy escasa denuncia de estos hechos. Por las condiciones aún prevalecientes de no reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes, éstos todavía encuentran obstáculos institucionales por parte del personal de salud y de los miembros de la seguridad pública (policías, jueces, etc.) para denunciar abiertamente estos hechos de violencia.

Suicidio

El suicidio está entre las tres primeras causas de muerte de los adolescentes, y las tasas de suicidio entre los adolescentes aumentan más rápidamente que entre otros grupos de edad. En términos de desagregación de sexos, tres veces más

mujeres que hombres intentan suicidarse pero tres veces más hombres se suicidan (OMS, 1998).

Las muchachas es más probable que intenten suicidarse pero menos probable que lo consigan. Como algunas mujeres utilizan los intentos de suicidio a veces para llamar la atención, eligen métodos que son deliberadamente poco efectivos. Los hombres, por otra parte, pueden elegir una forma efectiva y Terminal de suicidio porque las normas de género predominantes no les permiten buscar ayuda para el estrés personal. Para los hombres jóvenes, pues, el suicidio puede no ser una petición de ayuda, sino un efectivo y definitivo final al sufrimiento.

Abuso de sustancias narcóticas y alcohol.

En estudios realizados se ha demostrado que en edades tempranas los muchachos consumen más drogas y alcohol que las muchachas. Al avanzar en edad el consumo es igual en ambos sexos. Los muchachos también tienen más probabilidades que las muchachas de decir que toman drogas para estar en la onda. Varios estudios sugieren que el consumo de sustancias está relacionado con la falta de apoyo paterno, objetivos fuera de lo común, influencias negativas del grupo. La exposición a violencia en el hogar, la frustración personal, la falta de orientación futura, y haber sido víctimas de abusos o violencia en casa.⁸

Leyes y políticas sobre los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes en América Latina y el Caribe.

El tema de los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes es motivo de amplio debate actual y de decisión por cada país. Los/as adolescentes tienen necesidades especiales y los esfuerzos para resolver esas necesidades, incluyendo la atención de sus derechos sexuales y reproductivos, es un paso muy importante.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en 1994 y la Conferencia de La Haya, Cairo + 5 fijaron entre sus objetivos la promoción en la mayor medida posible de la salud, el bienestar y la capacidad potencial de todos los niños/as, adolescentes y jóvenes en su calidad de futuros recursos humanos del mundo, así

como atender a sus necesidades, especialmente de las jóvenes. En el Programa de Acción del Cairo (artículo 7.5) se reconoce los derechos de los y las adolescentes a recibir educación sexual y servicios de salud, incluyendo los de SSR de forma respetuosa y confidencial. La existencia de políticas y leyes dirigidas a promover la SSR de la población adolescente no es aún generalizada en Latinoamérica y Caribe. Los y las adolescentes y jóvenes deben contar con protección legal de su derecho a servicios médicos y sociales, a la educación sexual y a la información, incluyendo el derecho de las adolescentes embarazadas a continuar su educación.

Los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes deben ser reconocidos y este concepto debe ser ampliamente diseminado para lograr la potenciación de la gente joven y su participación efectiva en los programas que para ella y con ella se formulan. Existen regulaciones obsoletas y discriminatorias contra los y las adolescentes en varios países. Sin embargo en muchos de ellos se han dado grandes avance por grupos de la sociedad civil.⁹

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio.

Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio.

El estudio fue efectuado en la región urbana del municipio de Jinotega en los 32 barrios de la misma localidad en las casas de los adolescentes entrevistados en el periodo de Abril a Mayo del 2006.

Universo.

Fue constituido por todos los y las adolescentes 18,147 estimado, de ambos sexos entre las edades comprendida de 15 a 19 años, considerando que la población actual de Jinotega es de 77, 222 la población de adolescentes en Nicaragua representa el 23.5% del total.

Muestra.

El muestreo fue por conglomerado se agrupó por cada barrio a 10 adolescentes de los 32 barrios que existen en el municipio tomando en total a 320 muchachos y muchachas. Esto fue debido a que no se tiene registro exacto de esta población y también al hecho que iban a ser entrevistados por domicilio y no hay registro de adolescentes con esta edad, por cada casa. La escogencia del entrevistado fue al azar.

Criterio de inclusión.

Adolescentes entre las edades de 15 a 19 años de edad de ambos sexos que tuviera residencia en uno de los 32 barrios del municipio de Jinotega sin distinción de etnia, cultura religiosa, nivel escolar, independiente de su ocupación, nivel marital y que tuviera disponibilidad de participar en el estudio.

Criterio de exclusión.

Los que no cumplieran los criterios de inclusión como los que no desearon participar o dar información completa que se le solicitara,

Técnica y procedimiento:

Para la recolección de la información se procedió a elaborar un instrumento que tuviera preguntas relacionadas con el tema de investigación, para tal fin se escogieron varios estudio sobre la situación de los adolescentes en otro países y en Nicaragua se tomaron en cuenta los temas relacionado y se formulo el instrumento de recolección de la información en base a preguntas que contenían dichos estudio.

Considerando que los estudios anteriores contenían las mismas preguntas se definió como instrumento final para recolectar la información.

Una vez que se conoció la muestra se efectuó la entrevista a los adolescentes que fueron escogidos al azar en su domicilio (uno por casa), se solicito su participación con previa identificación, el objetivo de la visita y la importancia del estudio. Concedido esté, se preguntaba si sabían leer y escribir, si la repuesta era si se les daba el instrumento que lo llenaran ellos mismo si la repuesta fue no se llenaba por el entrevistador, que esto sucedió en baja proporción y lo que más se realizó fue la aclaración de ciertas preguntas que no lograron entender.

Para dicho fin se contrataron a 10 personas que pudieran realizar la entrevista, previa capacitación y orientación de la forma en que se iba a realizar todo el trabajo. Cada entrevistador visito 32 domicilios en un periodo de 20 días del mes de Mayo.

La investigadora supervisaba en día alternado la realización en el terreno de investigación el cumplimiento de la acción de los entrevistadores. Y posteriormente el llenado del instrumento de investigación, orientando y mejorando aspectos para la culminación exitosa del levantado de la información.

Aspectos éticos de la investigación.

Siempre se tuvo en consideración la identificación de los entrevistadores la razón de la visita y la importancia del estudio para que fuera concedida la voluntariedad de cada uno de los adolescentes, a dar la información solicitada y dejarnos entrar en sus hogares y ganarnos su confianza.

A los adolescentes que participaron en el estudio se les solicitó sinceridad al momento de responder las preguntas que se les hacía, se dijo que la información que se obtuviera iba a ser anónima, y solo de uso de investigación, además se guardó el mayor respeto posible y la confidencialidad, a las opiniones expresadas en relación al tema de estudio se trató todo el tiempo que al momento de la entrevista fuera individual o en privado.

Plan de análisis y tabulación:

Los datos cuantitativos del instrumento de la investigación se procesaron electrónicamente por el Programa Estadístico de Ciencias Sociales SPSS versión 11.0 para Windows. Para establecer tabla de frecuencia, posteriormente se efectuó recodificación de los datos para realizar cruces de variables de interés de acuerdo a los objetivos específicos. Todas las variables que se cruzaron fueron descriptiva. La presentación de los resultados se realizó en cuadros y gráficos contruidos por el programa Microsoft office, Word y PowerPoint.

Variables del estudio

Variables principales.

1. Características socio – demográficas.
2. Aspecto de la salud sexual.
3. Elementos de la salud reproductiva.

Variables.

a. Características socio-demográfica.

- Edad.
- Sexo.
- Estado Civil
- Escolaridad.
- Procedencia
- Natalidad
- Religión
- Salario por laborar
- Tiempo de trabajar
- Casa propia
- Numero de habitantes
- Servicios básicos completos.
- Religión.
- Congregación o grupo no religioso al que pertenece.
- Recreación.

1. Aspectos de la salud sexual.

- 1, a. inicio de relaciones sexual.
- 1, b. numero de compañero sexual.
- 1, c. enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA.
- 1, d. búsqueda de atención por problemas sexuales.
- 1, e. abuso sexuales
- 1, f. abuso y uso de violencia.
- 1, g. violencia intrafamiliar.
- 1, h. pandillerismo.
- 1, i. utilización de drogas y alcohol.
- 1, j. depresión y suicidio.
- 1, k. proyecto de vida y autoestima.

2. Elementos de la salud reproductiva

- 2, a. antecedentes obstétricos.
- 2, b. uso de anticonceptivos
- 2, c. paternidad y maternidad compartida

3. Elementos de los canales de comunicación

- 3, a. frecuencia
- 3, b. medio de información
- 3, c. contenido de la información
- 3, d. informantes

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala / Valor
Edad.	Tiempo o transición entre el nacimiento y el momento de la entrevista.		años	15 a 17 años (1) 18 a 19 (2)
Sexo.	Relación orgánica y funcional entre hombres y mujeres			Masculino (1) Femenino (2)
Estado Civil	Situación en que se encuentra una persona en relación a la convivencia con otra		Estado conyugal	Soltero / a (1) Casado / a (2) Acompañado (3)
Escolaridad.	Conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un colegio		Ultimo nivel estudiado de acuerdo a la categoría de su país	Primaria (1) Secundaria (2) Universitario (3) Ningún nivel académico (4)
Procedencia	Área geográfica donde vive la persona		Origen	Urbana (1) Rural (2)
Natalidad	Lugar de nacimiento		Cualquier municipio o departamento del país	Jinotega (1) Municipios Jinotega (2) Otros Depto o Municipio (3)
Religión	Doctrina religiosa, institución, orden que se funda únicamente en nuestra razón		Creencia fundamentada en la fe de los grupos existente	Católica (1) Evangélica (2) Ninguna (3) otras (4)
Características socio-demográfica de los adolescentes	Condiciones indicativa del nivel y estado actual de cada una de las personas en relación a una posición social nivel económico y cultural.	Condiciones laborales	Trabajo remunerado	Si (1) No (2)
			Salario en Córdoba	> 600 C\$ 600 a 1200 C\$ > 1200 C\$
			Años que ha laborado	< 1 año 1 a 3

		Condición de su vivienda	Casa propia	4 a 6 > 6 Si (1) No (2)
			Nº de habitantes por casa	< 5 miembros 5 a 10 > 5
		Congregación o grupos no religiosos	Servicios básicos completos	Si (1) No (2)
			Los establecido como libertad a crear grupos sociales	Si (1) No (2)
		Recreación	Deportes Música y televisión Estudiar Sin preferencia Otras No tienen tiempo para recrearse	Si (1) No (2)
Aspectos de la salud sexual y reproductiva.	Enfocado en el desarrollo humano dentro del contexto de la familia, la cultura y e medio ambiente de manera integral y de equidad	En relación a lo sexual	Inicio de vida sexual.	Si (1) No (2)
			Numero de compañero sexual.	Si (1) No (2)
			Enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA.	Si (1) No (2)
			Búsqueda de atención por problemas sexuales.	Si (1) No (2)
			Abuso sexuales	Si (1) No (2)
			Abuso y uso de violencia.	Si (1) No (2)
			Violencia intrafamiliar.	Si (1) No (2)
			Pandillerismo.	Si (1) No (2)

		Antecedentes obstétricos	Utilización de drogas y alcohol. Depresión y suicidio. Proyecto de vida y autoestima. Número Gesta Número Para Número Aborto Cesárea Uso de anticonceptivos paternidad y maternidad compartida	Si (1) No (2) Si (1) No (2) Si (1) No (2) Ninguno (1) 1 a 2 embarazo (2) 3 y más (3) Ninguno (1) 1 a 2 parto (2) 3 y más (3) Ninguno (1) 1 a 2 aborto (2) 3 y más (3) Ninguno (1) 1 a 2 aborto (2) 3 y más (3) Si (1) No (2) Si (1) No (2)
Elementos de los canales de comunicación	Datos o conocimientos que son emitidos por una fuente durante un periodo de tiempo en base a los requerimientos en un tema		Frecuencia periódica Apertura a dar información Medio de información Contenido de la información Informantes	Si (1) No (2) Escrita Hablada Televisiva Prevención aclaración indicación pares informantes mayores instituciones ministerios

Plan de análisis.

1. Características sociodemográfico de los adolescentes del estudio.
2. Características sociodemográfica vs. Trabajo y estudio.
3. Situación de la salud sexual de los adolescentes entrevistados.
4. Características sociodemográficas vs. Situación de la salud sexual de los adolescentes entrevistados. (iniciación de vida sexual activa y evidencia de aborto).
5. Características sociodemográficas vs. Situación de la salud sexual de los adolescentes entrevistados. (maltrato y abuso sexual).
6. Características sociodemográfica vs. Hábitos tóxicos de los adolescentes
7. Características sociodemográficas vs. Uso de violencia y maltrato intrafamiliar de los adolescentes.
8. Características sociodemográficas vs. Depresión e intento de suicidio en los adolescentes
9. Elementos de la salud reproductiva de los adolescentes entrevistados.
10. Características sociodemográficas vs. Situación de la salud reproductiva de los adolescentes, (uso de anticonceptivos y explicación que recibieron de los mismos).
11. Medios de comunicación utilizados por los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva.
12. Acceso a la información que tienen los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva.
13. Temas en salud sexual y reproductiva y los lugares donde buscan información los adolescentes.

RESULTADOS

De los 320 adolescentes que se entrevistaron el 62.2% estaban entre las edades comprendidas de 15 a 17 años, en su mayoría 68.1% del sexo femenino.

Al momento en que se quería conocer el lugar donde nacieron se comprueba que el 14.4% de los adolescentes han inmigrado al municipio de Jinotega. El estado civil que mayormente predominio fue el soltero 86.3% y el nivel de escolaridad fue el de secundaria con 74.4%. La tendencia religioso predominante fue con el 55.9% la católica. El 51.6% señalo que el numero de miembros de su familia es menor de cinco, (ver cuadro 1A).

El 60.6% de los adolescentes mencionaron que tienen casa propia y el 74.4% dijeron que tenían todos los servicios básicos.

El 20.6% de los jóvenes trabajan actualmente. De esto el 33.4% señaló que tienen un año de estar haciéndolo, seguido del 30.3% que mencionaron tener entre 4 y 6 años de trabajar. El salario que estos muchachos están recibiendo, el 46.9% mencionó entre 600 y 1200 Córdobas, (ver cuadro 1B).

Los aspectos académica dejan ver que el 20.6% no estudia actualmente y el 6.8% estudia y trabaja. La razón que señalaron como factor para dejar de estudiar señalaron el 40.9% problemas económicos, y en el 20.0%, por razones de embarazo, (ver cuadro 1C).

El 35.0% de los adolescentes afirmaron pertenecer algún grupo religioso, y el 31.3% algún no religioso. Su principal recreación señaló el 26.6% los deportes, (ver cuadro 1D).

Al asociar el trabajo y el estudio con las característica generales de los adolescentes que participaron en el estudios, observamos que el 14.1% que tenían la edad entre 15 a 17 años trabajan actualmente y no estudian. El 36.3% de los jóvenes varones dicen que trabajan y el 21.1% de las mujeres señalaron que no estudian.

Según el estado civil de estos los que señalaron estar casado 31.8% no trabajan y de esto el 45.5% no estudian.

De los jóvenes que no trabajan ni estudian actualmente el 57.9% y 52.6% respectivamente no respondieron cual era su nivel académico.

El 44.4% de los adolescentes que dijeron que viven con más de 10 miembros en la familia no trabajan actualmente, y el 66.7 si estudia, (ver cuadro 2).

Situación de la salud sexual.

Del total de los adolescentes el 51.3% ya iniciaron vida sexual, el 14.7% ha tenido más de dos compañero/a definitivo/a, el 13.8% menciona tener ya un hijo, al preguntarles si ya habían presentado un aborto o si su compañera definitiva lo habían presentado el 5.9% dijeron que si. También cuando se les pidió que señalaran si eran madres solteras o si ellos en el caso de los hombres ya habían abandonado a su compañera 7.5% lo afirmaron.

En relación a las enfermedades de transmisión sexual 4.7% dijo haberla padecido y solo el 1.3% buscó atención médica. El 7.8% de los jóvenes se han realizado la prueba de VIH.

Lo que respecta a la anticoncepción en estos jóvenes el 35.6% ya han usado algún método y el 50.0% mencionaron que ya le han enseñado como usarlo. El 18.1% de los adolescentes señalan que han sido maltratado, y el 5.0% que han abusado sexualmente de ello. Del total que señalo ser abusado sexualmente, El 43.7% dijeron que no denunciaron a su abusador por temor, el 25.0% por que era miembro de la familia y el 31.3% dijeron que no sabían como hacerlo y otros, que lo dijeron y no les hicieron casos.

Los jóvenes señalaron el 23.4% que se sienten bien al utilizar la violencia, el 8.8% dicen que son maltratados en su familia y el 6.9% que lo han maltratado en la escuela u otro lugar.

Al preguntarles si habían estado presos por pandillerismo o delincuencias afines, 6.3% dijo que si. Sobre el uso de drogas 18.7% señaló que la han consumido y actualmente solo el 5.9% dijo estarlo haciendo. Lo que dijeron que la han usado el 93.3% dijo que lo hacen con amigos y el 6.7% con algún familiar o solo. Lo que respecta al consumo de bebidas alcohólicas 21.6% lo frecuentan.

El 18.8% de los adolescentes han sentido la intención de suicidarse. El 31.6% dicen que muy frecuentemente se deprimen.

Entre el 10 y 20% dijeron no tener propósitos en su vida, no están seguros de su persona. El 20.0% no tienen buenas relaciones con sus compañeros y el 15.0% que sus padres no se preocupan por ellos, (ver cuadro 3A y 3B).

La asociación de las características generales y la situación de la salud sexual de los adolescentes observamos que:

El 58.7% de los jóvenes de 18 a 19 años mencionaron haber iniciado relaciones sexual y el 9.9% ya evidenciaron un aborto. Según el sexo el 41.7% de la mujeres ya iniciaron y el 6.0% ya tuvieron aborto.

De acuerdo al estado civil el 35.1% de los solteros/as ya tienen relaciones y el 2.5% son los que han tenido un aborto. De los que señalaron nivel de escolaridad primaria el 71.4% hincaron sus relaciones sexuales y de estos el 14.3% han tenido aborto.

Los que tienen menos de cinco miembros el 48.5% ya iniciaron sus relaciones sexuales y de esto el 7.3% han tenido un aborto, (ver cuadro 4A).

Los adolescentes que más señalaron ser maltratado se caracterizan el 19.8% por tener entre 18 a19 años, mientras que los abusado sexualmente 6.0% son los de 15 a 17 años, de acuerdo al sexo los varones el 18.6% son mayormente maltratado mientras que las mujeres 6.0% son más abusadas sexualmente.

Por el numero de miembros en la familia los que tienen menos de 5 miembros, 18.8% dijeron ser maltratados. Los jóvenes de familias numerosas el 22.2% afirmaron ser abusado sexualmente, (ver cuadro 4B).

Al preguntarles sobre hábitos tóxicos (uso de drogas y bebidas alcohólicas), se

demuestra que los adolescentes que tienen entre 15 a 17 años 6.5% consumen drogas mientras que los jóvenes de 18 a 19 años 28.1% consumen licor.

Según el sexo es evidente que los muchachos consumen más drogas y licor como se observa el 15.7% y 36.3% respectivamente, también el mismo comportamiento tienen los que señalaron tener estado civil soltero. Los jóvenes que dijeron no tener ningún nivel de escolaridad son los que mayormente 15.8% y 31.6% consumen licor y drogas. Donde hay menos miembro en la familia hay más evidencia del consumo de droga y alcohol así lo con el 6.7% y el 23.6% respectivamente, (ver cuadro 5).

Al preguntar sobre el uso de la violencia por parte de los jóvenes y el hecho de ser maltratados observamos que se caracteriza por ser igual porcentaje 23.0% para todos los jóvenes de 15 a 19 años, mientras que los que han sido maltratado por la familia es mayor en los de 18 a 19 años. Según el sexo los varones hacen mayor uso de la violencia 30.4% y en ambos grupos el maltrato familiar 8.0% es igual. El 27.3% de los que dijeron estar casado son los que más usan la violencia, y en los casado como en los acompañados 13.0% se da más el maltrato familiar. En los hogares donde hay más miembros en la familia 44.4% y 22.2% el uso de la violencia y el maltrato por la familia es igual, (ver cuadro 6).

En general los adolescentes en las diferentes edades y ambos sexos señalaron entre el 30.0% y 33.0% se deprimen frecuentemente. Pero los que tienen 15 a 17 años el 20.6% tienen mayor intento de suicidio y es un poco mayor en los varones el 19.6% de estos.

Los jóvenes que dijeron estar acompañados son los que más señalaron deprimirse e intentar suicidarse como se observa en el 50.0% y 27.3% respectivamente. Y el comportamiento es igual en los que dijeron no tener ningún nivel académico. En el caso de los miembros de las familia la depresión y el intento de suicidio es mayor donde hay menos miembros, (ver cuadro 7).

Elemento de la salud reproductiva.

Los adolescentes que tienen vida sexual activa, 29.4% usa preservativos el 21.2%

inyectables hormonales y el 17.4% anticonceptivos orales. De todos los que usan método oral el 55.6% señalo usarlo por es fácil y seguro. El 34.0% reconoce que el preservativo protege contra la ITS/VIH/SIDA.

El 33.3% utiliza anticonceptivo de emergencia por seguridad. Cuando se les pregunto donde consiguen los anticonceptivos 36.5% dijeron que en la farmacia, seguido de las unidades de salud, (ver cuadro 8).

Considerando del total de adolescentes que ya iniciaron relaciones sexuales, solo el 27.6% de ellos entre las edades de 15 a 17 años han usado anticonceptivos mientras que en los de 17 a 18 el 48.8%. Así mismo en los varones es el 38.2%, un poco menor en las mujeres 34.4%. Señalan los adolescentes de mayor edad el 57.9% que han recibido información sobre los métodos, y de cuerdo al nivel de escolaridad los varones el 51.0% reafirmaron esta información.

Según el estado civil de los muchachos entrevistados, el uso es mayor del 60.0% para los casado como para los acompañados, y de igual manera señalaron lo que respecta a la información. De acuerdo al nivel de escolaridad en general no pasan más del 50.0% de uso en todos los niveles y fue el grupo de universitario 68.6% los que más señalaron que se les ha informado.

Dentro de las familias menos numerosa se observa que uso de anticonceptivos en los que ya iniciaron relaciones sexuales es de 43.0%, y señalaron el 60.0% que les han brindado información. Del total de los que ya iniciaron vida sexual solo el 73.0% utiliza los anticonceptivos, (ver cuadro 9).

Componentes de la comunicación.

El 75.0% de los adolescentes entrevistados dijeron que se viven informando sobre los problema de salud sexual y reproductiva. El 56.6% leen en los diarios y el 60.3% en la televisión. El 44.0% de los jóvenes dijeron que su mayores informantes eran sus amigos seguidos de sus padres.

Cuando tienen un problema de salud sexual y reproductiva el 37.2% lo consultan más con algún personal de salud, también señalaron el 55.3% que hay organismo que trabajan por ellos, (ver cuadro 10).

Más del 57.0% de los adolescentes mencionaron que entienden y comprenden bien los temas que se les explica en materia de salud sexual y reproductiva. Solo el 30.0% dijeron ser visitados por instituciones que trabajan con ellos.

Cuando se les pregunto si en el colegio les hablan de salud sexual el 70.6% mencionó que si. También afirmaron 55.3% que en el centro de salud hay alguien que trabaja para el bienestar de la salud sexual y reproductivo en esta población y que trabajan específicamente para ello lo señaló el mismo porcentaje, (ver cuadro 11).

Los temas que más buscan informarse el 54.7% de los adolescentes es los relacionado a infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

El 25.5% de los adolescentes reconocen al Ministerio de Salud y PROFAMILIA como instituciones que más trabajan por ellos.(ver cuadro 17).

DISCUSIÓN

La adolescencia se caracteriza por grandes y rápidos cambios en el crecimiento y desarrollo físico, es un período de cambios mentales, emocionales y sociales profundos. Debido a la velocidad con que ocurren estos cambios y procesos de búsqueda del equilibrio consigo mismo y con la sociedad a la que busca incorporarse, se observan ambivalencias y contradicciones, lo que hace que el desarrollo no se manifieste como un proceso continuo sino como una serie de avances y aparentes retrocesos. El establecimiento de una identidad social no responsable trae multitud de problemas e intensifica las amenazas (riesgos) a la salud y el bienestar. La pobreza, el mal funcionamiento de la familia y el propio, el deficiente rendimiento educativo y las inequidades de género, entre otros, aumentan el riesgo de que estos grupos sean víctimas de relaciones de explotación, incluyendo el abuso sexual y la violencia.⁸

Casi la mitad de la población de jóvenes Jinoteganos nos señaló tener menos de cinco miembros en la familia, lo que concuerda con ENDESA 2001, donde el promedio de los hogares es de 5.3 personas. De los entrevistados solo el 60.0% tiene hogar propio, coincidiendo con el estudio de fundación desafió, para ver el diagnóstico situacional de los jóvenes de ocho cabeceras departamentales del pacífico.¹⁰ Es importante destacar que gran parte de las condiciones en que viven los adolescentes de Jinotega, es dependiente visto esto a la situación laboral que señaló el 20.0% de ellos, que es la misma cantidad de los que no estudian. Aunque esta población que se desempeña laboralmente, su salario en el 46.0% es un salario que no pasa del salario mínimo establecido por el gobierno. Siendo la razón de esto el mismo problema económico sumado en la pobreza que lleva a los adolescentes a la deserción escolar y la explotación, integrándose a la remuneración inequitativa de la clase pobre.

Como vemos hay un porcentaje de jóvenes que no es considerada una población económicamente activa, como son los adolescentes de 15 a 17 años, pero están en el campo laboral y hay otra población que debería formar parte de esto y no tienen trabajo y ni siquiera estudian y que ya tienen familia o una responsabilidad.

La atención a la problemática de la población infantil y adolescente, está inversa dentro de un paquete de medidas dirigidas a “grupos vulnerables”. En ninguna de las propuestas se identifican metas, estrategias ni líneas de acción claras y coherentes dirigidas al cumplimiento de los derechos y necesidades propias de niñas, niños y adolescentes, contraviniendo así los principios esenciales de la Convenciones internacionales y el carácter de exigibilidad que el cumplimiento de la misma tiene para Nicaragua como Estado-parte. Hay evidentemente incoherencia en el cumplimiento de las políticas macroeconómica y social.⁵ Vemos como aumenta el número de jóvenes sin empleo ni estudio cuando aumenta el número de miembros en las familias.

Al hablar de la salud sexual de nuestros adolescentes más de la mitad ya iniciaron relaciones sexuales. El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales. La fecundidad de estos jóvenes es reflejada al observar el 13.8% de estos que ya tienen un hijo, se observa también el abandono a la responsabilidad paternal y a la evidencia de aborto, considerando que el aborto en esta edad es uno de los factores más importante de muerte materna principalmente en jóvenes donde 5.9% de estos se han visto involucrados, como es obvio el hecho de la estigmatización y otros tabúes crean subregistros, podemos decir que el porcentaje puede ser mayor.

Estimaciones muestran que sólo 1 de cada 10 adolescentes solteros y sexualmente activos usan anticonceptivos según datos de OPS⁸. Lo dicho sobre la paridad temprana y los casos de aborto encontrados se refleja en el alto porcentaje de adolescentes que no usan anticonceptivo, 35.0% es decir más de lo que establece la organización, además el tipo de anticonceptivo, en otros estudios realizados en América Latina han observado que; La motivación de los muchachos para utilizar preservativos que es el método que más están utilizando, a menudo varía según la pareja: con una pareja estable señalaron en esos estudio, se usan los preservativos como anticonceptivos; con una pareja ocasional, se utilizan los

preservativos para prevenir las ITS y el VIH.⁸ pero en nuestro estudio es poca la proporción de adolescentes que reconocen al preservativo para evitar las infecciones de transmisión sexual, es decir que el mayor porcentaje lo usa como anticonceptivo de total que lo seleccionaron como método que han usado o están utilizando. Es evidentes que las chicas el método que más utilizan según nuestro estudio son los inyectables aunque digan la mayoría que el método más fácil y seguro son las pastilla. Posiblemente por el compromiso que asumen con su compañero de vida. Lo otro que ocurre es el hecho que 50.0% señaló tener conocimiento de los anticonceptivos pero el porcentaje de utilización es baja o no utilizan el método por las razones establecidas.

Existe un nivel relativamente alto de conocimiento por parte de las y los adolescentes sobre los diversos métodos anticonceptivos modernos existentes. Entre ellos, la píldora anticonceptiva y el condón son los métodos mejores conocidos. Sin embargo, este conocimiento no se traduce en porcentaje de uso, particularmente en las primeras relaciones sexuales. La causa de esta aparente contradicción entre conocimiento y uso real difieren entre las y los adolescentes. Siempre las jóvenes reconocen que aunque quisieran usar el condón, su pareja no quiere y temen una reacción adversa de su parte o que se les considere promiscuas. En los varones, el no uso del condón va ligado a mitos y tabúes acerca de la disminución del goce sexual que su uso produciría y a lo inesperado de la relación.

El acceso que tienen los/las adolescentes a los servicios de planificación familiar (PF) es aún muy limitado debido en gran parte a barreras médicas y culturales de los proveedores de salud, de educación y aspectos de carácter jurídico-legal. Parte de esto se comprueba en nuestro estudio cuando les preguntamos sobre donde los consiguen y el mayor porcentaje dijo en la farmacia.

Hay otro elemento que destacar en las relaciones sexuales de la población de estudio y es el hecho que las jóvenes están iniciando relaciones sexuales

tempranas en la misma proporción que los varones y casi la misma proporción lo hace sin protección.

No es el solo hecho de presentar un embarazo no planeado al que están expuesto nuestro jóvenes, por su conducta a la relaciones sexuales sin protección y la iniciación temprana, sino también al riesgo de infección de ITS/VIH/SIDA, que según nuestro jóvenes afirmaron pocos, haberla padecido pero, también es baja la cantidad de estos muchachos que han buscado atención medica calificada posiblemente esto se deba a la falta de programas especifico para jóvenes que de manera directa dificultad el acceso al servicio. El efecto cultural de nuestra sociedad no solo tiene el efecto connotado de inasistencia a los servicios de salud sino el hecho de exposición al acceso de información permitiendo la continuidad de mitos y tabúes en torno a la sexualidad, evidencia de esto es la poca proporción de jóvenes que se han realizado la prueba de VIH, señalando muchas veces que no se la han realizado por la poca percepción de la forma de transmisión, mucho dijeron que no son promiscuos o no están expuesto a relaciones riesgosas, al nivel mundial continua siendo evidente que son los jóvenes los que mayor tasa de infección han presentado en los últimos años⁹, por la percepción que también nuestro muchachos señalan. Otro aspecto a considerar es el hecho que las mujeres se creen más inmunes al proceso de la infección por que lo vinculan el hecho de padecer ITS, con la prostitución.

Por las condiciones aún prevalecientes de no reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes, éstos todavía encuentran obstáculos institucionales por parte del personal de salud y de los miembros de la seguridad pública (policías, jueces, etc.), y por otra parte a los valores culturales de nuestra sociedad para denunciar abiertamente estos hechos de violencia. Dentro de los jóvenes abusados sexualmente entrevistados dijeron que no denunciaron a su hechor por temor, por que era familiar otro por no saber como hacerlo y una proporción señaló que denunció y no le hicieron caso. Aunque día a día se vienen dando más a la labor de denunciar y castigar enérgicamente a los abusadores es notorio que nuestro sistema tenga debilidades que permiten que

muchos jóvenes estén expuestos a este tipo de daño y sean pocos los denunciantes. Es menester que los jóvenes estén conciente de su problemática y se puedan involucrar activamente, esto le permitirá muchas veces hacer uso de sus derechos.

Vemos como sucede en relación al maltrato en el hogar los varones señalaron en mayor porcentaje que en algún momento de su vida lo han vivido, mientras que las mujeres dijeron ser en mayor porcentaje más abusada sexualmente en ambos casos las cifras son bajas, el elemento de la violación ha ocurrido donde el numero de miembro de familia es numeroso. Hay estudios que demuestran que las jóvenes que habían sido violadas en ese momento quedaron embarazadas⁹. Aunque en nuestro estudio no hay evidencia de dicho efecto podemos decir que esto contribuye a otro tipo de exposición como el cambio frecuente de pareja y la poca aceptación a los métodos anticonceptivos. Y en relación al maltrato en los varones al abuso de violencia con sus pares, como fue demostrado al preguntarles sobre el uso de la violencia que en mayor porcentaje del sexo masculino dijeron sentirse satisfecho al hacerlo de esto se deriva la delincuencia el pandillerismo uso y abuso de droga y alcohol.

El comportamiento de uso de narcótico, y licor; En muchas partes del mundo, los muchachos es más probable que beban y tomen drogas que las muchachas, resultado coincidente con nuestro estudio. El consumo de drogas es más frecuente en las familias con menos miembros, donde señalan los que consumen drogan lo hacen más con sus amigos. Es notorio la reciprocidad de estos eventos uso de droga y violencia así como el consumo de drogas por la insatisfacción personal el haber sido abusados sexualmente. En las diferentes edades el uso de la violencia tiene el mismo porcentaje. En relación al sexo es mayor en los jóvenes, principalmente en los que tienen estado civil casado, sin ningún nivel de escolaridad y donde el número de familia es grande.

Hay múltiples factores que en nuestra sociedad los jóvenes en las diferentes edades y en ambos sexo mencionen deprimirse frecuentemente pero, el intento de

suicidio lo señalaron más los jóvenes de menor edad y más en el sexo femenino coinciden con nuestro estudio donde dice ser las mujeres las que más presentan suicidio.⁸ es necesario decir que otro elemento en relación al suicidio es que lo han intentado los jóvenes con menor miembros de familia. Que se puede deducir la exposición al fenómeno que propicia la soledad.

El tema de los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes es motivo de amplio debate actual y de decisión por cada país. Los/as adolescentes tienen necesidades especiales y los esfuerzos para resolver esas necesidades, incluyendo la atención de sus derechos sexuales y reproductivos, La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en 1994 y la Conferencia de La Haya, Cairo + 5 fijaron entre sus objetivos la promoción en la mayor medida posible de la salud, el bienestar y la capacidad potencial de todos los niños/as, adolescentes y jóvenes en su calidad de futuros recursos humanos del mundo,

En el Programa de Acción del Cairo (artículo 7.5) se reconoce los derechos de los y las adolescentes a recibir educación sexual y servicios de salud, incluyendo los de SSR de forma respetuosa y confidencial. La existencia de políticas y leyes dirigidas a promover la SSR de la población adolescente no es aún generalizada en Latinoamérica y Caribe.

Cada día son más las instituciones que trabajan por el bienestar de nuestros adolescentes e inclusive son bien reconocido por el 50.0% de los entrevistados, es notorio que los defecto están basado en el paso de información a esta población no pasan del 50.0% cuando se les pregunta sobre la facilidad o acceso al que tienen sobre los temas de salud sexual y reproductiva. Si bien es cierto que según nuestros resultados revelaron que las instituciones que ven por el bienestar de los adolescentes son los principales informantes pero, no es masivo el hecho de dar a conocer elementos de la sexualidad en los jóvenes, una de las principales condicionante es la falta que puede existir entre los medios de comunicación y estas instituciones. Lógicamente que la mayor información que buscan los muchachos es lo basado a la parte de las relaciones sexuales como se dijo que

están interesados sobre las ITS/VIH/SIDA, como los dijeron a través de las entrevista. Ciertamente que esto esta bajo la influencia de ciertos grupo o de tabúes en que vive nuestra sociedad.

CONCLUSIONES

- ☞ Adolescentes de Jinotega demuestran patrones de características propias del país, donde los muchachos que no estudian y forman parte de la población económicamente activa no tienen trabajo, hay jóvenes que no deberían trabajar y lo han hecho, por un salario que no alcanzan para los gastos de la canasta básica. La cuarta parte de adolescentes no tienen una vivienda propia y si la tienen los servicios básicos no son completo. Las razones que señalaron como motivo para no seguir estudiando fueron situación económica difícil, por embarazo en las jóvenes, desinterés y una minoría no se lo permitieron. Es poco el porcentaje de jóvenes que están integrado en grupos o congregaciones útiles para su tiempo libre.
- ☞ En relación a la salud sexual y reproductiva de los muchachos y muchachas, los principales elementos que representan señales de peligro y exponen al deterioro al desarrollo pleno e integral son:
 - a) La iniciación temprana de las actividades sexuales sin o inadecuadamente protegido. La poca percepción al cuidado de las infecciones por enfermedades de transmisión sexuales y el VIH/SIDA. El temor a la denuncia por desconocimiento de sus derechos sexuales al momento de ser abusado sexualmente.
 - b) El uso de la violencia y el maltrato familiar aunque bien se presenta en bajo porcentaje al igual que el pandillerismo casi siempre se encubren tales situaciones. El uso de droga y alcohol sumado a la depresión frecuente y el intento de suicidio.
 - c) Se deja entrever que hay una parte de los adolescentes con bajo nivel de escolaridad que son la población más susceptible a o expuesto.
- ☞ En cuanto a los elementos de la comunicación lo más evidentes es la información de personas a persona a través de diferentes instituciones que trabajan en su beneficio, al no encontrar información por sus padres o familiares, señalado por ello. Y los temas que más buscan información es lo relacionado a las infecciones de transmisión sexual el VIH/SIDA Y los problemas relacionados al embarazo.

Recomendaciones.

- ✎ Integrar a los y las jóvenes activamente en el reconocimiento de sus necesidades y establecimiento de estrategias por las instituciones que velan por el bienestar de ellos y que las intervenciones tengan lugar en los diferentes escenarios en que estos se mueven o permanecen mayormente.
- ✎ Fomentar la educación sexual y el conocimiento a sus derechos desde edades tempranas bajo la congregación de pares y la información vivencial de los jóvenes mayores en un mecanismo de retroalimentación continua.
- ✎ Que las instituciones no gubernamentales y la sociedad civil aboguen por el cumplimiento de los acuerdos internacionales en materia de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes venciendo los obstáculos al acceso de los servicios que se brinda en las unidades de salud estatales.
- ✎ Articular acciones entre los diversos medios de comunicación y las diferentes instituciones u autoridades de la región que permita informar sobre temas de la salud sexual y reproductiva de manera masiva.
- ✎ Vincular a los padres de familia continuamente en los clubes de adolescentes que se llegaran a formar como tutelares de dichas congregaciones ya sean estas en escuelas unidades de salud u otras.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Internacional del Trabajo. Los jóvenes en el mundo de hoy Puesto al día por GT. Aprobado por PA. Última actualización: 5 de junio de 2001. www.ilo.org.
2. Senderowitz Judith. Las necesidades de los jóvenes en dos conferencias de las Naciones Unidas. Baltimore, USA. 1996. Poprepts@jhuccp.org.
3. PNUD – Unidad de comunicaciones. Una vida larga y saludable, condición del desarrollo humano. IND-Nicaragua 2000.
4. Hurrelmann Klaus. “Juventud 2005.” Entrevista: por Janet Schayan. Alemania. Mayo 2005. <http://www.magazine-deutschland.de>.
5. Federación Coordinadora Nicaragüense de ONGS que trabajan con la Niñez y la Adolescencia. (CODENI). III Informe Complementario sobre el cumplimiento de la Convención de los Derechos del Niño. informe correspondiente al período 1999-2002, www.crin.org.
6. Schutt-Aine, Jessie Maddaleno Matilde. Salud sexual y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes de las Américas. Implicaciones en programas y políticas. Organización Panamericana de la salud. Febrero 2003. www.bvs.org.ni.
7. Barker Gary, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. Organización Mundial de la Salud “¿Qué ocurre con los muchachos?” Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. Río de Janeiro. Brasil. www.bvs.org.ni.
8. Ministerio de salud de Nicaragua. Dirección del primer nivel de atención. Estrategia y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia. Abril, 2003.
9. Andino Nieves. Salud y estilo de vida saludable de los y las jóvenes y adolescentes. Working Papers Series CST/ LAC NO. 12. FNUAP. www.cstlac.org.
10. Fundación Desafíos “Diagnóstico, situación social y participación de la juventud en ocho cabecera departamentales de Nicaragua.” Enero 2005. www.fundaciondesafios.org

11. MINSA. "Experiencias Demostrativas para un Modelo Municipal de Servicios Diferenciados para Adolescentes". Paraguay Mayo 2004. www.gtz.de.
12. Navarrette C. Alfonso. "Salud y Calidad de Vida de los Niños y Adolescentes de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica de Nicaragua. Fundación para la Autonomía y Desarrollo de la Costa Atlántica de Nicaragua Septiembre 2000. www.fadcanic.org.
13. MINSA. Análisis de productividad de los servicios de adolescentes. Datos tomados de la estadística del SILAIS Jinotega. año 2005.
14. Policía Nacional. Análisis de los tipos de delito de violencia intrafamiliar y abuso sexual primer trimestre 2006. Jinotega.
15. Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional. Marginados en México, El Salvador Nicaragua y Panamá CEPAL, Agosto de 2001. <mailto:webmaster@cinterfor.org.uy>
16. Asensio Cefas. "Característica de la población joven de Nicaragua." Managua Nicaragua. Enero 2003. www.cinterfor.org.uy.
17. Instituto Nicaragüense de Estadística y Censo. Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense 2001 de Demografía y Salud. Octubre 2002.

Anexos

Resultados

CUADRO N°. 1A.

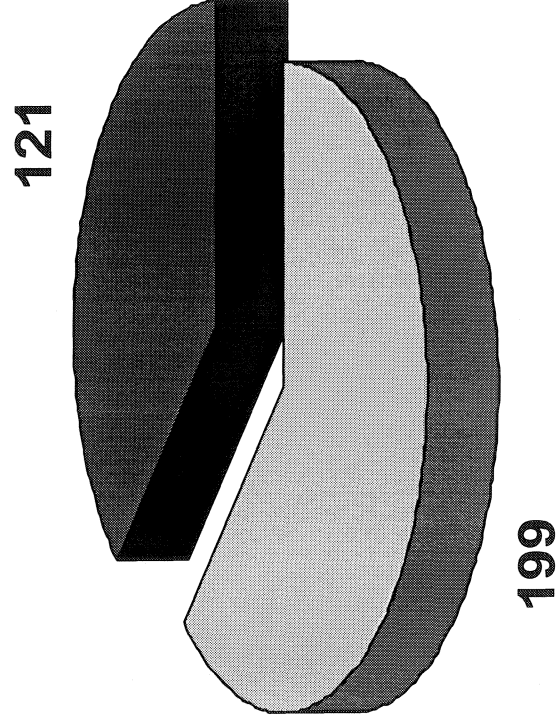
Características sociodemográfico de los adolescentes que participaron en el estudio. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.

n = 320

Características Generales	TOTAL	
	N°.	%
Edad		
• 15 a 17 años	199	62.2
• 18 a 19	121	37.8
Sexo:		
• Masculino	102	31.9
• Femenino	218	68.1
Natalidad		
• Nacidos en el municipio Jinotega	274	85.6
• Otros departamento o municipio	46	14.4
Estado civil:		
• Soltero /a	276	86.3
• Casado /a	22	6.9
• Acompañado /a	22	6.9
Nivel de escolaridad:		
• Primaria	28	8.7
• Secundaria	238	74.4
• Universitario	35	10.9
• No respondieron	19	5.9
Religión		
• Católico/a	179	55.9
• Evangélico/a	59	18.4
• Ninguna	82	25.6
N° de miembro que conforman la familia		
• < 5 miembros		
• 5 a 10	165	51.6
• > 5	146	45.6
	9	2.8

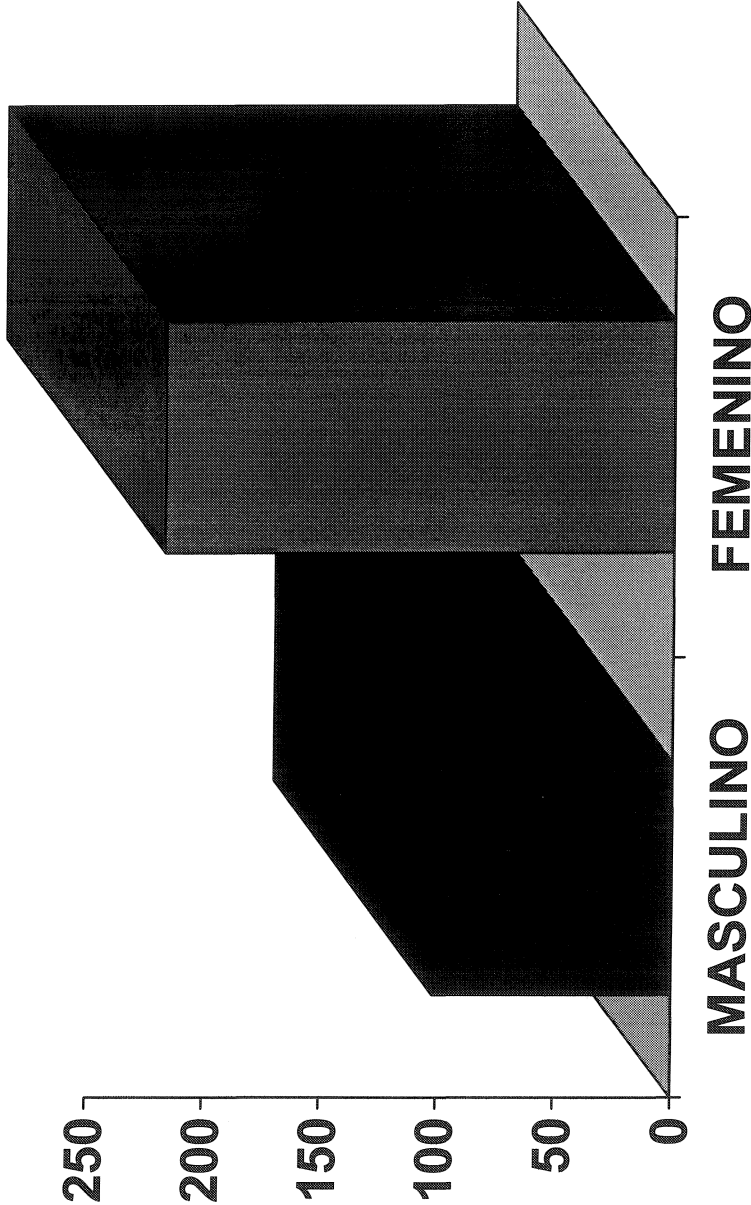
FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

EDAD DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006



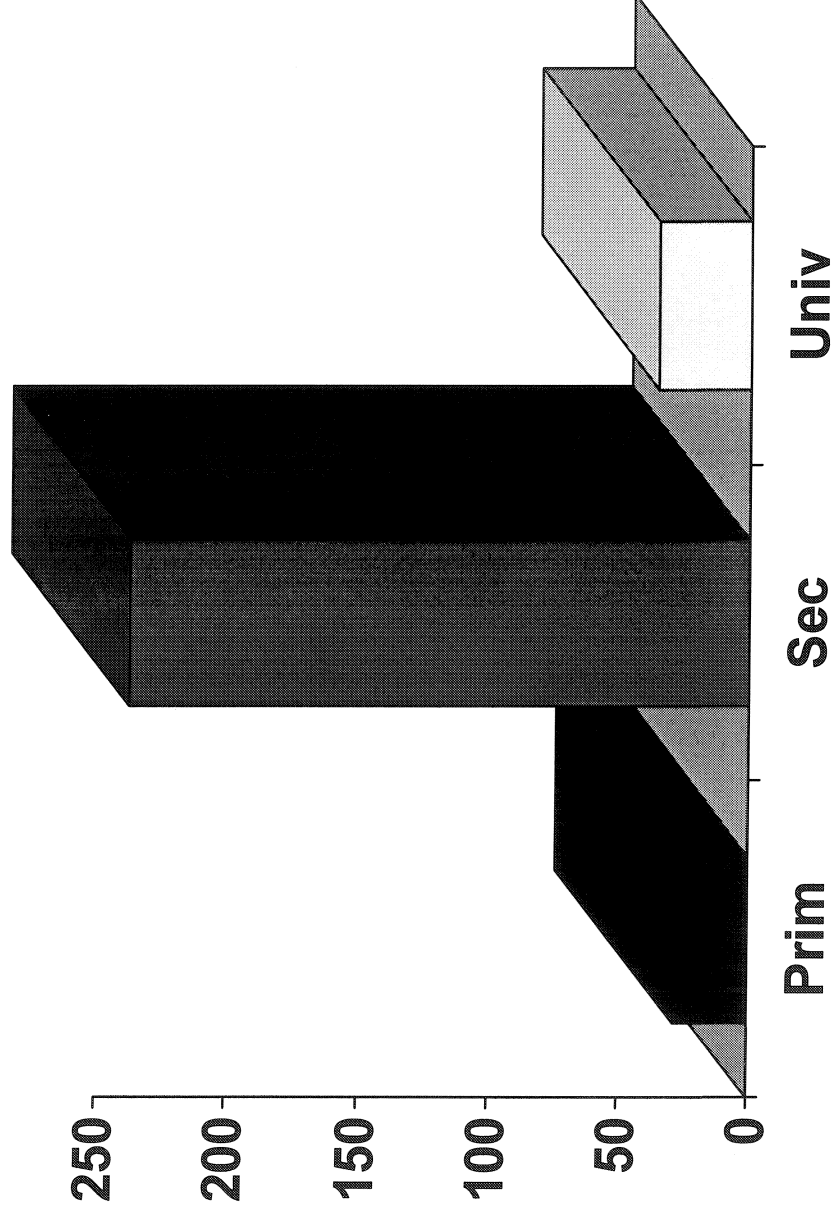
FUENTE: Cuadro No. 1A

SEXO DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS.
JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006



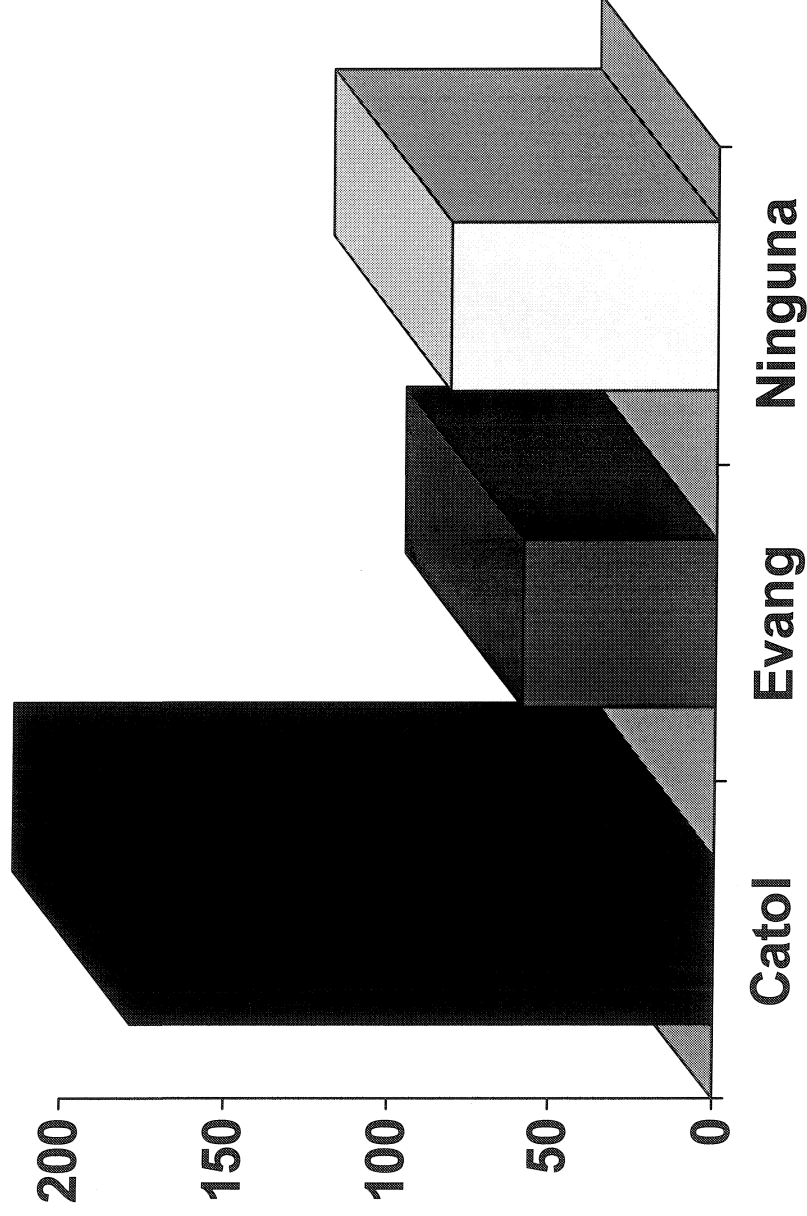
FUENTE: Cuadro No. 1A

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006



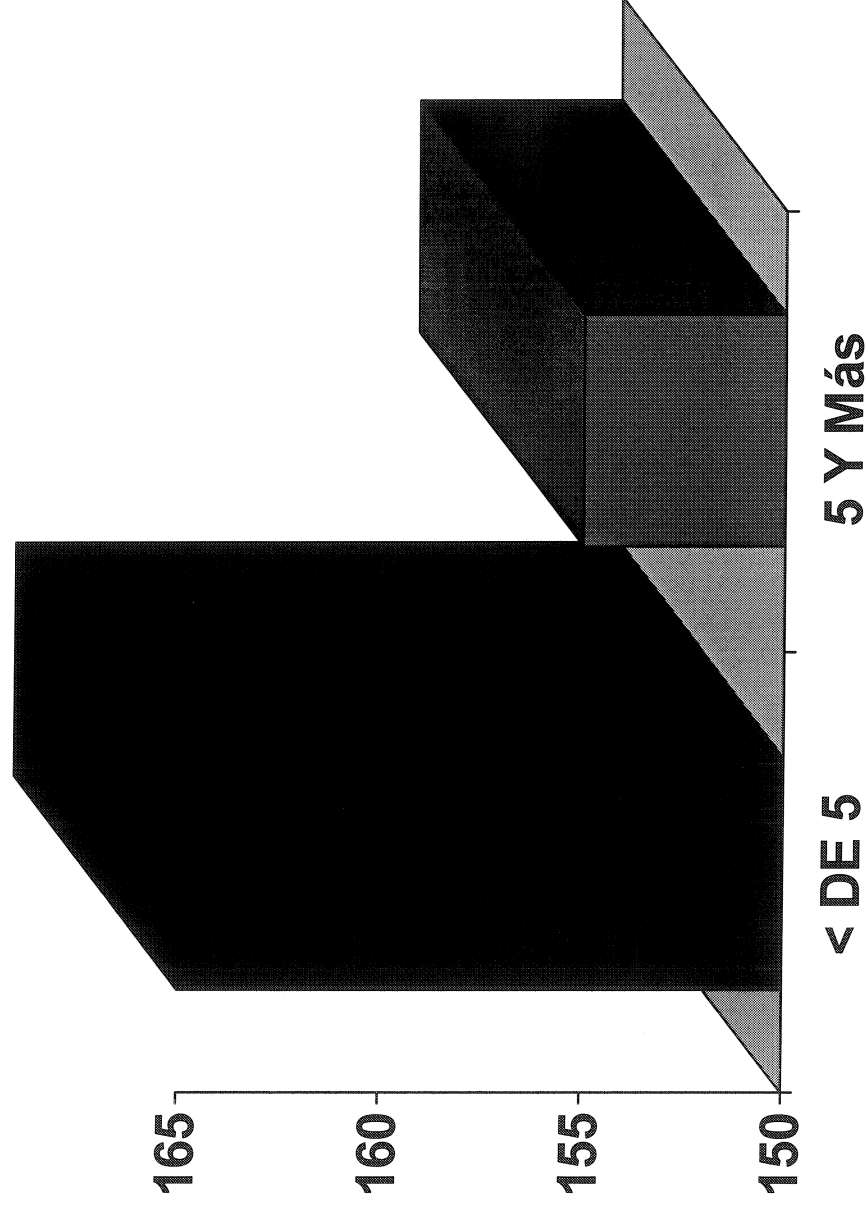
FUENTE: Cuadro No. 1A

RELIGION DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006



FUENTE: Cuadro No. 1A

**No. DE MIEMBROS QUE CONFORMAN LA FAMILIA
DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS.
JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006**



FUENTE: Cuadro No. 1A

CUADRO N^o. 1B.

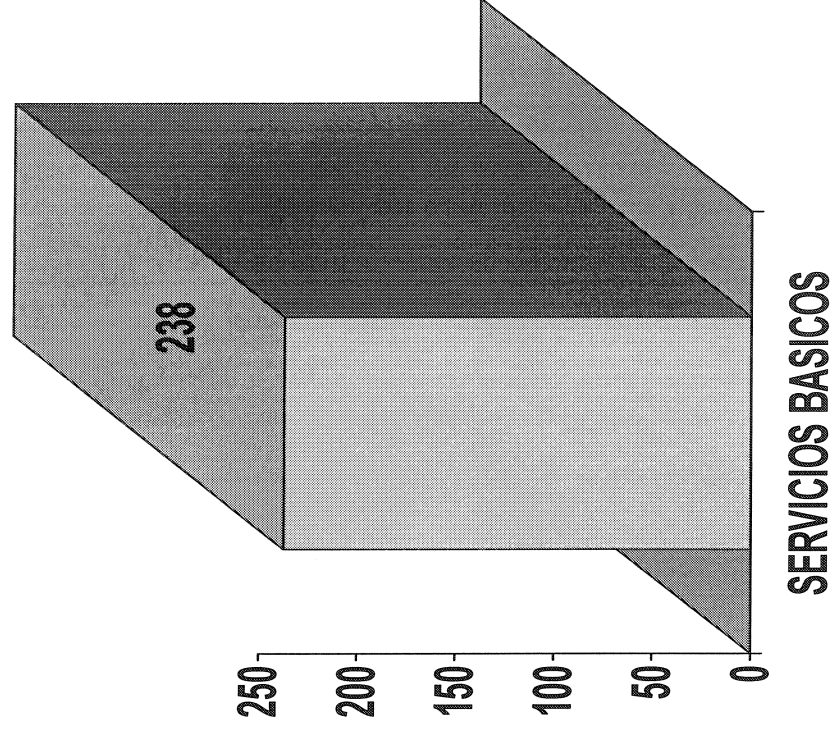
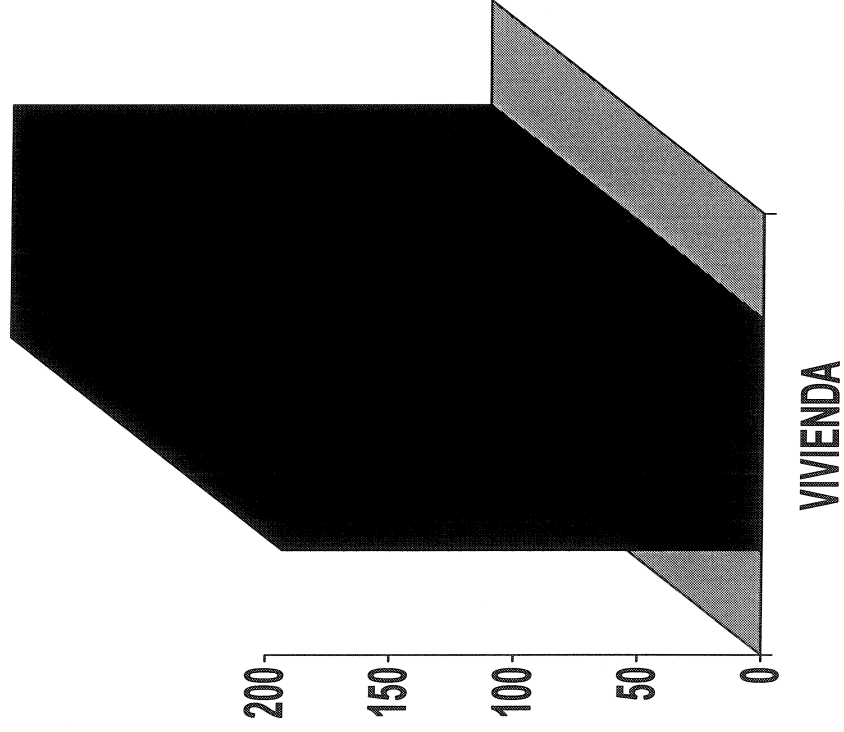
Características sociodemográfica de los adolescentes que participaron en el estudio. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.

n = 320

Aspectos sociales – económico	TOTAL	
	N^o.	%
Vivienda propia		
• Si	194	60.6
• No	126	39.4
Servicios básico completo		
• Si	238	74.4
• No	82	25.6
Adolescentes trabajadores actualmente		
• Si	66	20.6
• No	254	79.4
	n = 66	
Duración de haber iniciado a trabajar		
• < 1 año	22	33.4
• 1 a 3	17	25.7
• 4 a 6	20	30.3
• > 6	7	10.6
Salario actual de los que trabajan		
• > 600 C\$	26	39.3
• 600 a 1200 C\$	31	46.9
• > 1200 C\$	9	13.6

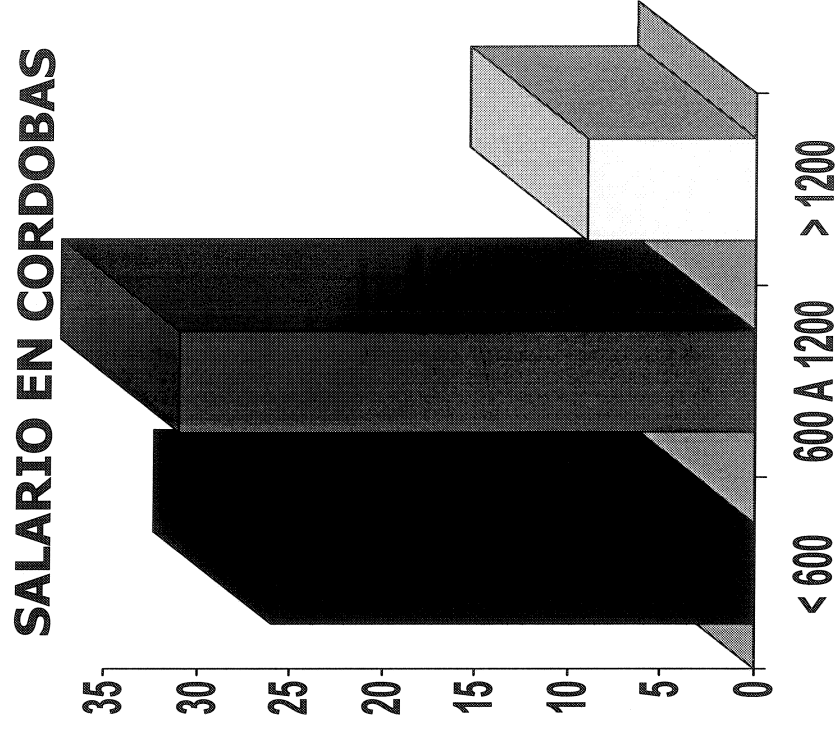
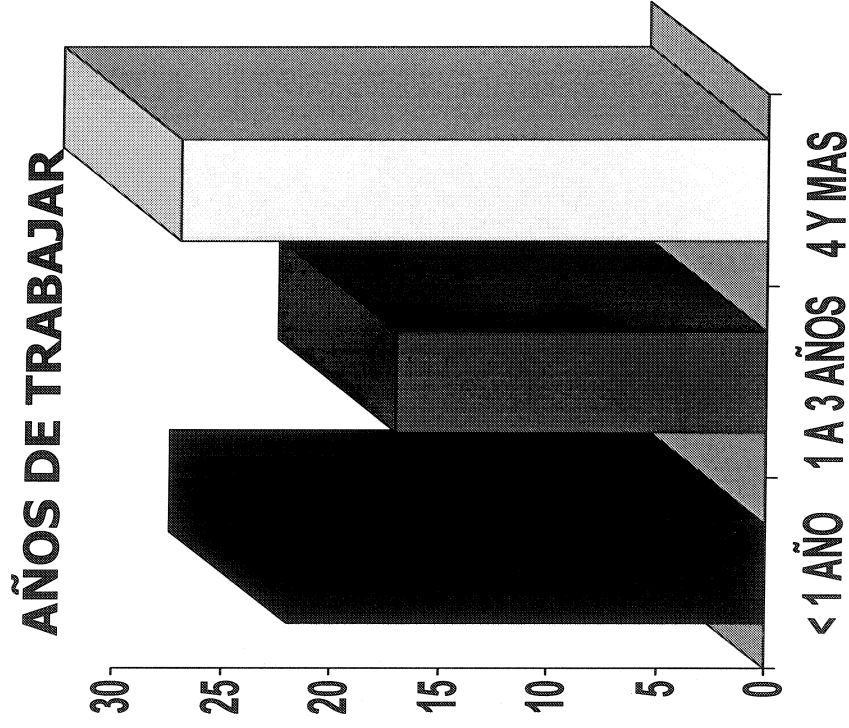
FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

**VIVIENDA PROPIA Y DISPONIBILIDAD DE
SERVICIOS BASICOS COMPLETO DE LOS
ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA
ABRIL-MAYO 2006**



FUENTE: Cuadro No. 1B

CARACTERISTICAS DEL TRABAJO DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006



FUENTE: Cuadro No. 1B

CUADRO N^o. 1C.
Características sociodemográfico de los adolescentes que participaron en el estudio. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.

n = 320

Aspectos académicos	TOTAL	
	N^o.	%
Situación escolar actualmente		
• Estudian	232	72.6
• No estudian	66	20.6
• Estudian y trabaja	22	6.8
	n =66	
Razón por la que no siguieron estudiando		
• Problemas económico	27	40.9
• Por embarazo	20	30.4
• Desinterés	10	15.1
• No le permitieron	9	13.6

FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

CUADRO N^o. 1D.

Características sociodemográfica de los adolescentes que participaron en el estudio. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.

n = 320

Participación de grupos religiosos y recreativos.	TOTAL	
	N^o.	%
Pertenecen a grupos religiosos		
• Si	112	35.0
• No	208	65.0
Vistan a grupo no religioso o congregación		
▪ Si	100	31.3
▪ No	220	68.8
Principales recreaciones		
• Deportes	85	26.6
• Música y televisión	58	18.1
• Estudiar	68	21.3
• Sin preferencia	23	7.2
• Otras	80	25.0
• No tienen tiempo para recrearse	6	1.9

FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

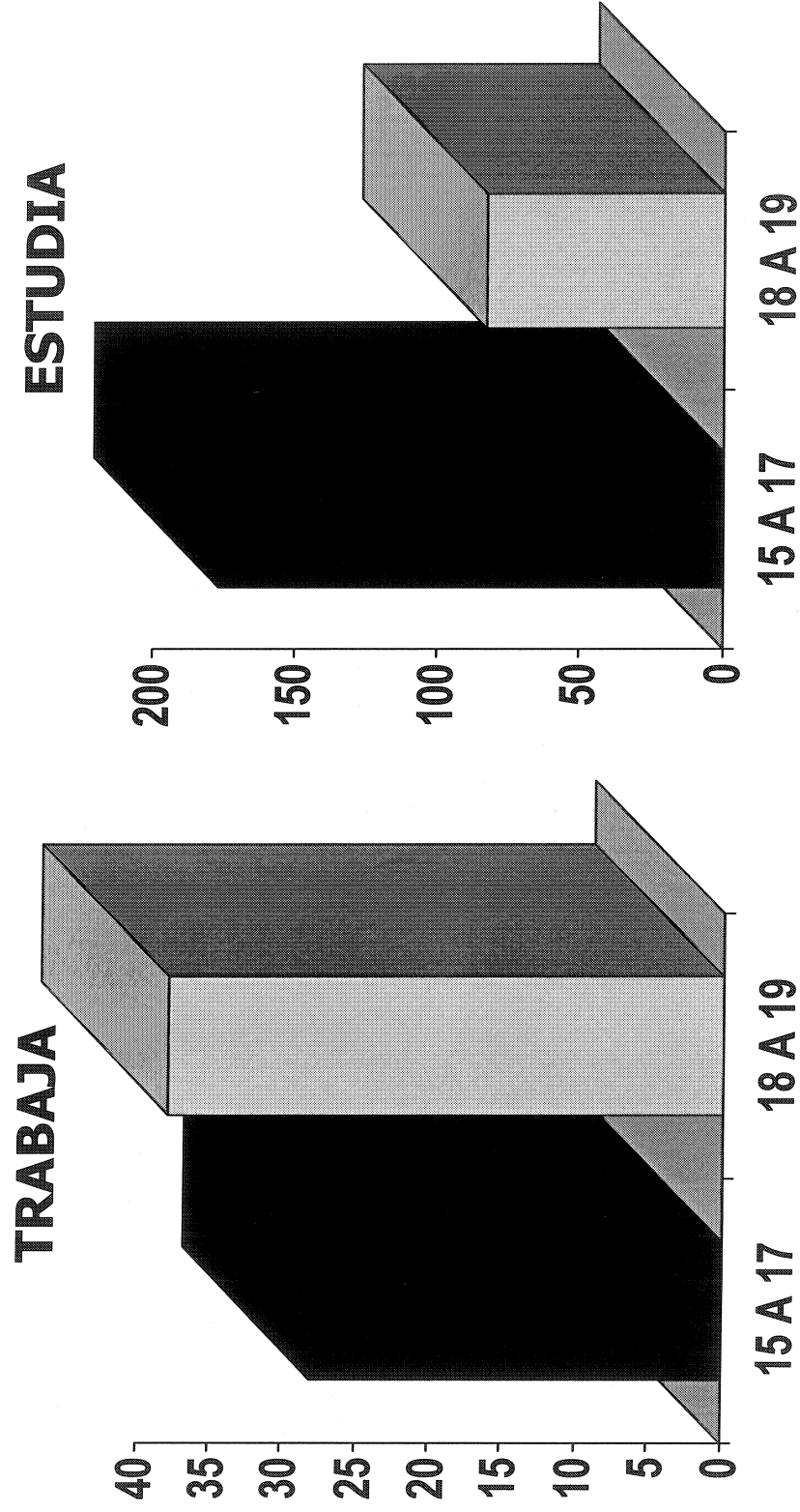
CUADRO N°. 2.
Características sociodemográfica vs. Trabajo y estudio de los adolescentes
entrevistados. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.

n = 320

Características generales de Adolescentes	Trabajo/Estudio							
	Trabajo actual				Estudia actualmente			
	Si		No		Si		No	
	n°.	%	n°.	%	n°.	%	n°.	%
Edad								
o 15 a 17 años	28	14.1	171	85.9	177	85.9	28	14.1
o 18 a 19	38	21.4	83	68.6	83	68.6	38	31.4
Sexo:								
o Masculino	37	36.3	65	63.7	82	80.4	20	19.6
o Femenino	29	13.3	189	86.7	172	78.9	46	21.1
Estado civil:								
❖ Soltero /a	54	19.6	222	80.4	237	85.9	39	14.1
❖ Casado /a	7	31.8	15	68.2	12	54.5	10	45.5
❖ Acompañado /a	5	27.7	17	77.3	5	22.7	17	77.3
Nivel de escolaridad:								
o Primaria	8	28.6	20	71.4	9	32.1	19	67.9
o Secundaria	40	16.8	198	83.2	203	85.3	35	14.7
o Universitario	10	28.6	25	71.4	33	94.3	2	5.7
o No respondieron	8	42.1	11	57.9	9	47.4	10	52.6
N° de miembro que conforman la familia								
o < 5 miembros	30	18.2	135	81.8	129	78.2	36	21.8
o 5 a 10	31	21.2	115	78.8	119	81.5	27	18.5
o > 10	5	55.6	4	44.4	6	66.7	3	33.3

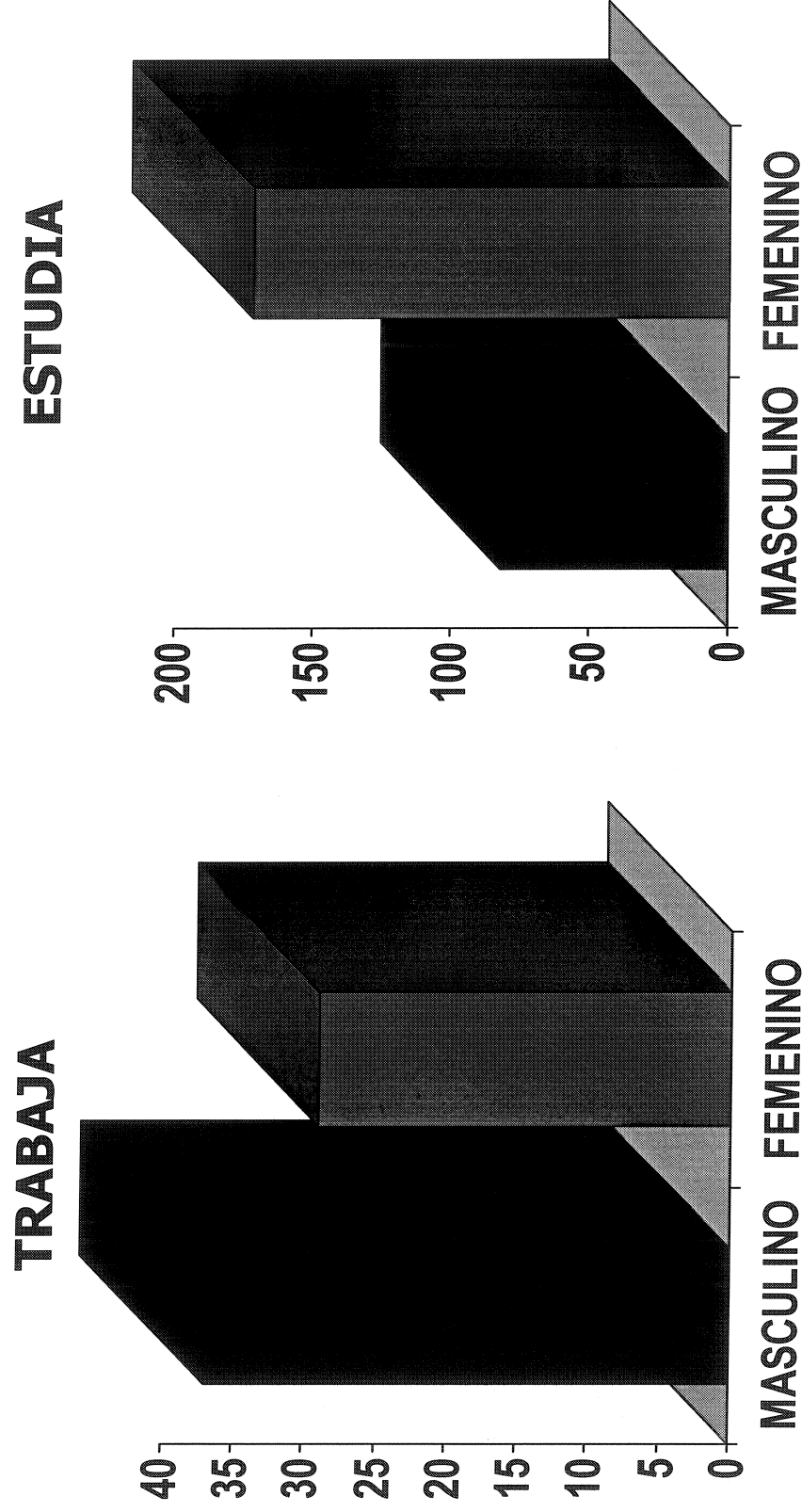
FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

EDAD VS ESTUDIO Y TRABAJO ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006



FUENTE: Cuadro No. 2

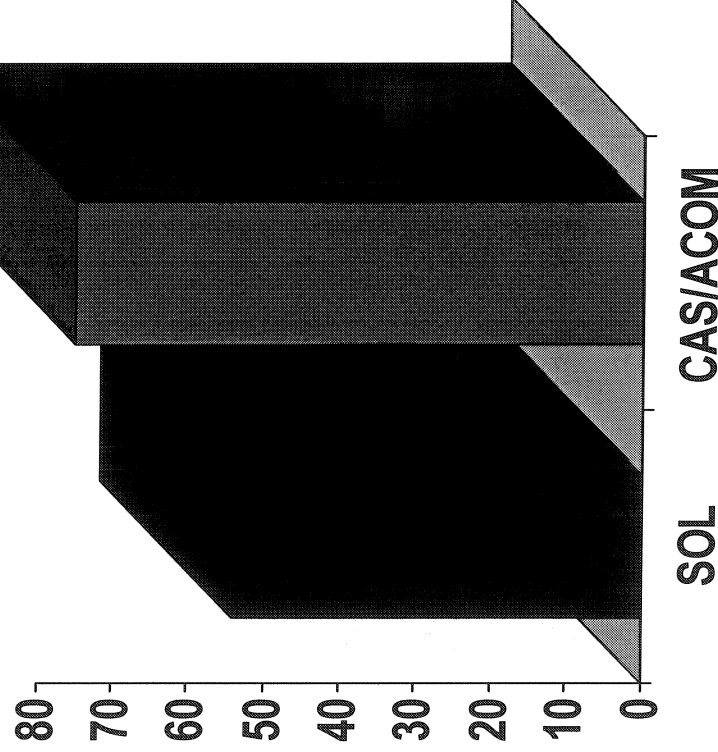
SEXO VS ESTUDIO Y TRABAJO ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006



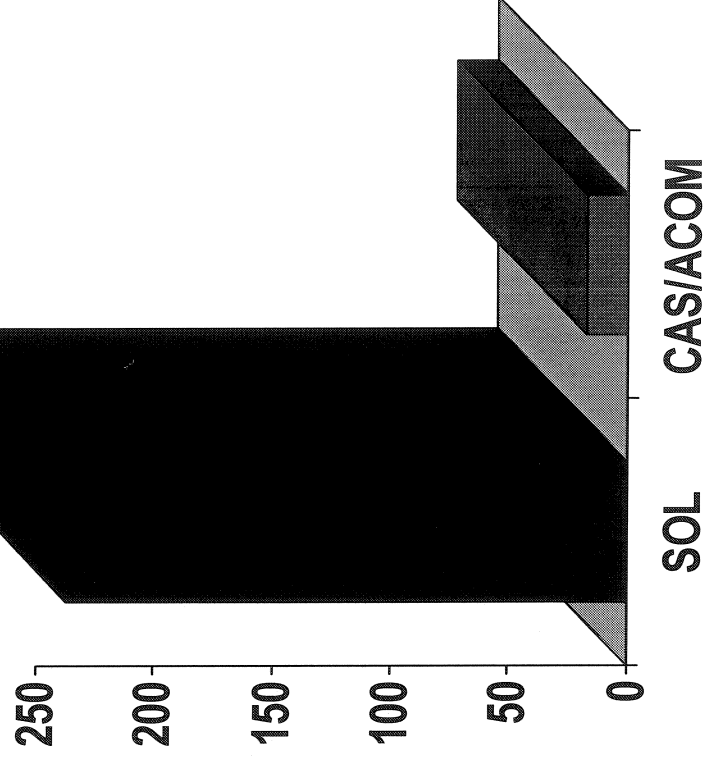
FUENTE: Cuadro No. 2

ESTADO CIVIL VS ESTUDIO Y TRABAJO. ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006

TRABAJA



ESTUDIA



FUENTE: Cuadro No. 2

CUADRO N°. 3A.
Situación de la salud sexual de los adolescentes entrevistados. Municipio de
Jinotega. Abril a Mayo 2006.

n = 320

Situaciones de la salud sexual de los adolescentes	TOTAL			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
Ya iniciaron vida sexual activa.	156	48.8	164	51.3
Ha tenido más de dos compañeros /as sexual	47	14.7	273	85.3
Tienen hijo	44	13.8	276	86.3
Ya tuvieron un mal parto. o su compañera lo tuvo	19	5.9	301	94.1
Son madre soltera O. abandonaron a su compañera embarazada	24	7.5	296	92.5
Han padecido de alguna enfermedad en los genitales	15	4.7	305	95.3
Buscaron atención medica por la enfermedad que tuvieron	4	1.3	316	98.7
Se han realizado la prueba de VIH/SIDA	25	7.8	295	92.2
Les han indicado donde pueden hacerse la prueba de VIH	117	36.6	203	63.4
Han usado alguna vez algún método anticonceptivo	114	35.6	206	64.4
Le han enseñado como usar los métodos	160	50.0	160	50.0
Lo han maltratado alguna vez	58	18.1	262	81.9
Lo han abusado sexualmente	16	5.0	304	95.0
Mencionan sentirse bien utilizando la fuerza para imponerse ante todos	75	23.4	245	76.6

FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

- El 43.7% de los adolescentes que han sido abusado sexualmente dijeron que no denunciaron a su abusador por temor, el 25.0% mencionó que el abusador era miembro de la familia y el 31.3% dijeron que no sabían como hacerlo y otros que lo dijeron y no les hicieron casos

CUADRO N°. 3B.
Situación de la salud sexual de los adolescentes entrevistados. Municipio de
Jinotega. Abril a Mayo 2006.

n = 320

Situaciones de la salud sexual de los adolescentes	TOTAL			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
Los han maltratado en sus familias	28	8.8	292	91.3
Los han maltratado en la escuela o en algún otro lugar	22	6.9	298	93.1
Han estado preso por problema de pandillerismo o delincuencia	17	6.3	303	94.7
Han utilizado drogas	60	18.7	260	81.3
Actualmente utiliza drogas	19	5.9	301	94.1
Actualmente consumen bebidas alcohólicas	69	21.6	251	78.4
Han sentido la intención de suicidarse	60	18.8	260	81.3
Muy frecuentemente se deprimen	101	31.6	219	68.4
Creen tener algún propósito en su vida	268	83.3	52	16.3
Son seguro de la persona que son	288	90.0	32	10.0
Tiene buena relación con todos sus compañeros	256	80.0	64	20.0
Consideran que sus padres se preocupan por su salud	272	85.0	48	15.0

FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006.

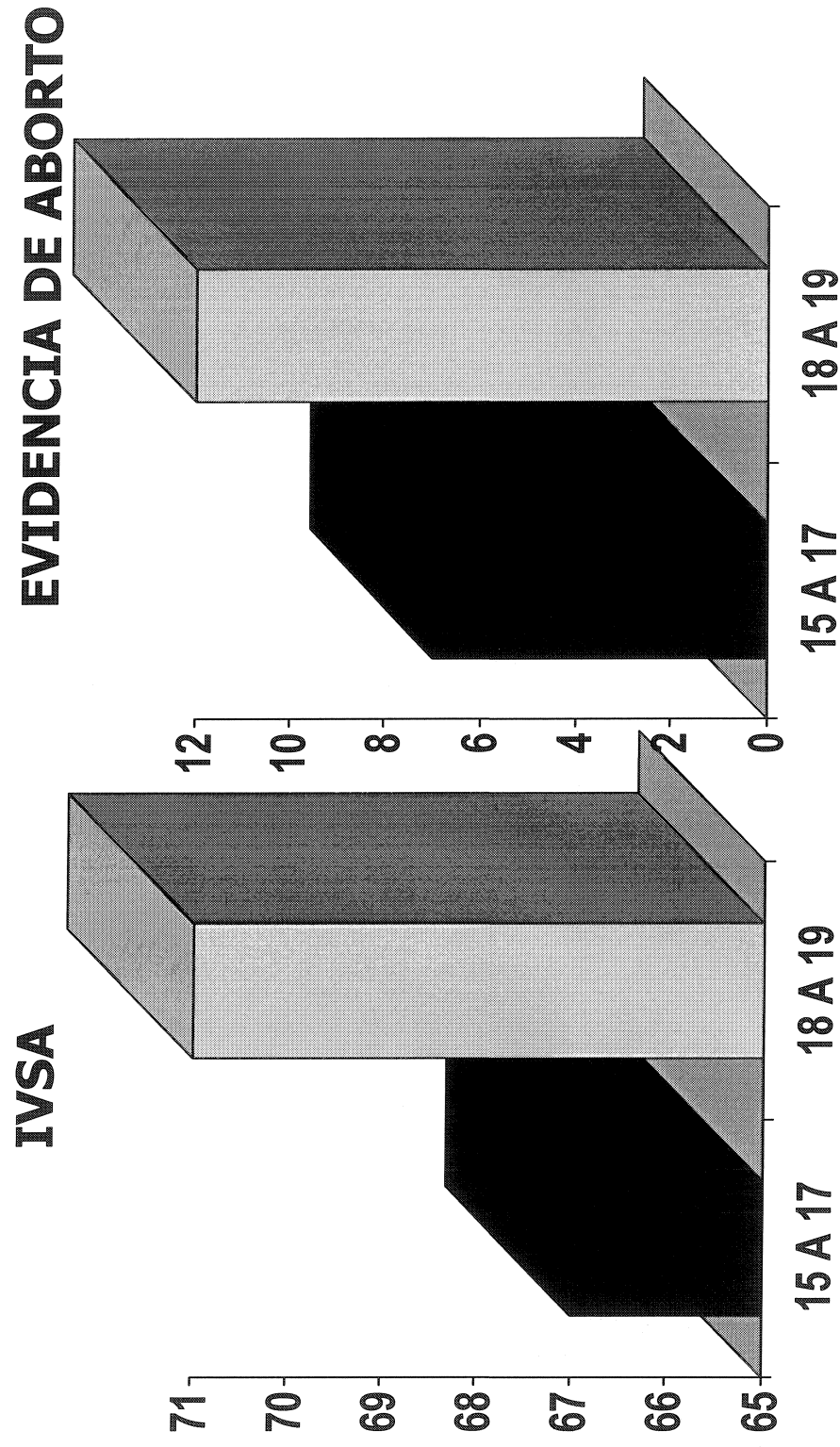
- De los jóvenes que dijeron que han usado droga el 93.3% dijo que lo ha realizado con sus amigos y el 6.7% lo han hecho con un familiar o solo.

CUADRO N°. 4A.
Características sociodemográficas vs. Situación de la salud sexual de los
adolescentes entrevistados. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.
n = 320

Características generales de Adolescentes	Situación de salud sexual							
	Iniciación de vida sexual				Evidencia de aborto			
	Si		No		Si		No	
	n°.	%	n°.	%	n°.	%	n°.	%
Edad								
❖ 15 a 17 años	67	33.7	132	66.3	7	3.5	192	96.5
❖ 18 a 19	71	58.7	50	41.3	12	9.9	109	90.1
Sexo:								
❖ Masculino	47	46.1	55	53.9	6	5.9	96	94.1
❖ Femenino	91	41.7	127	58.3	13	6.0	205	94.0
Estado civil:								
❖ Soltero /a	97	35.1	179	64.9	7	2.5	269	97.5
❖ Casado /a	20	90.9	2	9.1	7	31.8	15	68.2
❖ Acompañado /a	21	95.5	1	4.5	5	22.7	17	77.3
Nivel de escolaridad:								
❖ Primaria	20	71.4	8	28.6	4	14.3	24	85.7
❖ Secundaria	93	39.1	145	60.9	11	4.6	227	95.4
❖ Universitario	14	40.0	21	60.0	1	2.9	34	97.1
❖ No respondieron	11	57.9	8	42.1	3	15.8	16	84.2
N° de miembro que conforman la familia								
❖ < 5 miembros	80	48.5	85	51.5	12	7.3	153	92.7
❖ 5 a 10	53	36.3	93	63.7	7	4.8	139	95.2
❖ > 10	5	55.6	4	44.4	0	0.0	9	100

FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

EDAD VS SITUACION DE SALUD SEXUAL **ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-** **MAYO 2006**



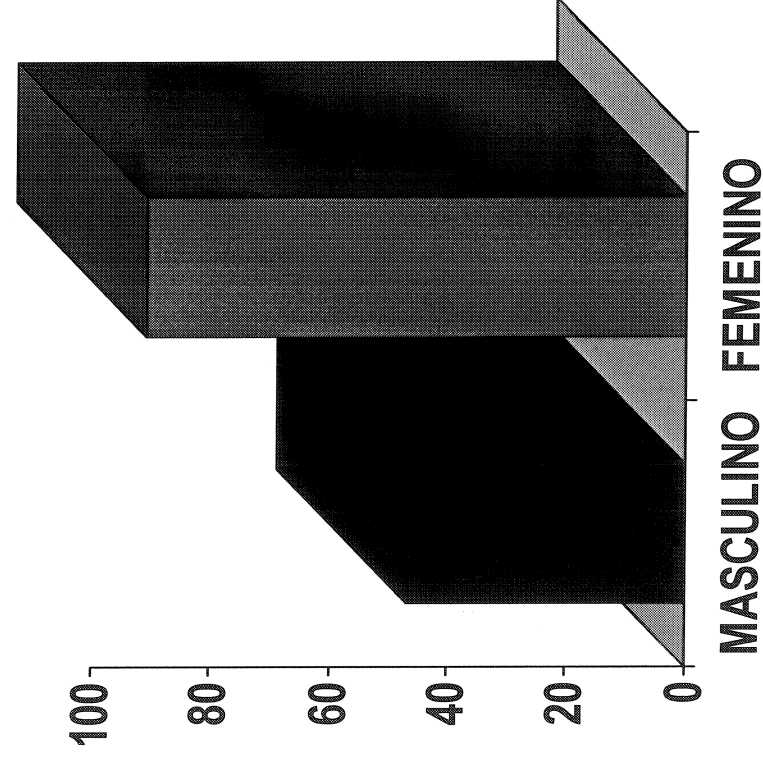
FUENTE: Cuadro No. 4A

SEXO VS SITUACION DE SALUD SEXUAL

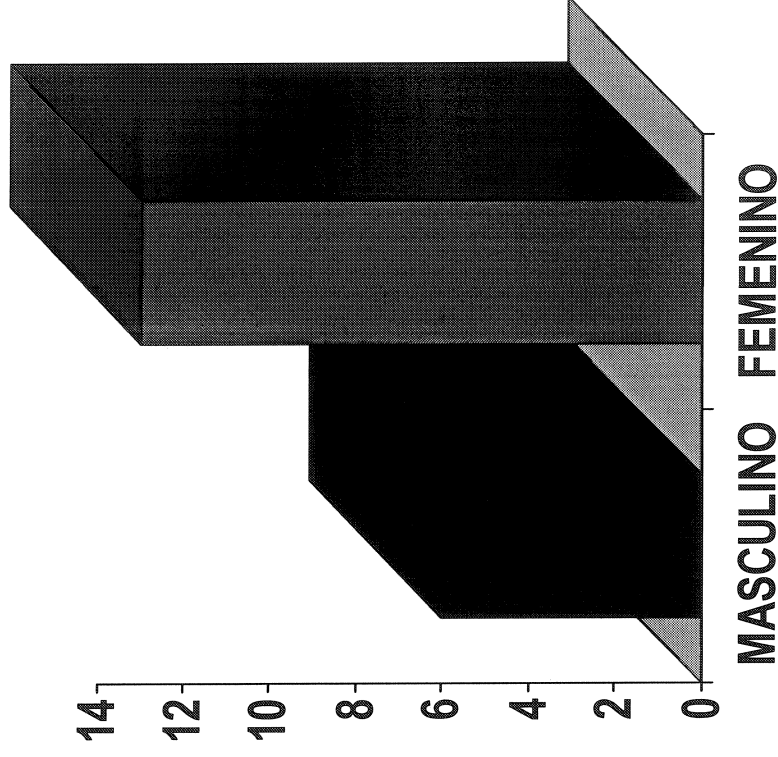
ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA

ABRIL-MAYO 2006

IVSA



EVIDENCIA DE ABORTO



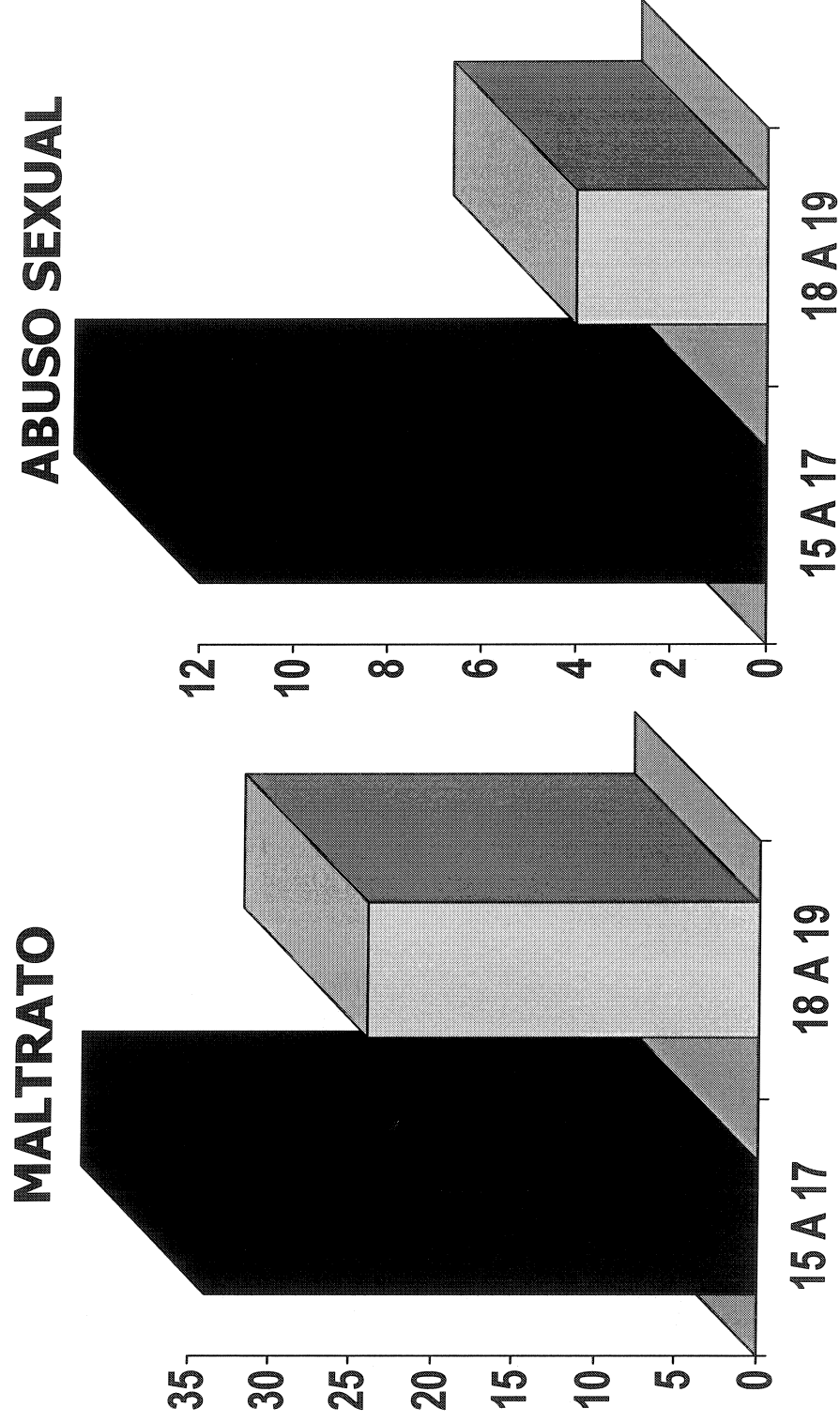
FUENTE: Cuadro No. 4A

CUADRO N°. 4B.
 Características sociodemográficas vs. Situación de la salud sexual de los
 adolescentes entrevistados. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.
n = 320

Características generales de Adolescentes	Maltrato y abuso sexual							
	Adolescentes maltratados				Ad. abusado sexualmente			
	Si		No		Si		No	
	n°.	%	n°.	%	n°.	%	n°.	%
Edad								
❖ 15 a 17 años	34	17.1	165	82.9	12	6.0	187	94.0
❖ 18 a 19	24	19.8	97	80.2	4	3.3	117	96.7
Sexo:								
❖ Masculino	19	18.6	83	81.4	3	2.9	99	97.1
❖ Femenino	39	17.9	179	82.1	13	6.0	205	94.0
N° de miembro que conforman la familia								
❖ < 5 miembros	31	18.8	134	81.2	6	3.6	159	96.4
❖ 5 a 10	26	17.8	120	82.2	8	5.5	138	94.5
❖ > 10	1	11.1	8	88.9	2	22.2	7	77.8

FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

EDAD VS MALTRATO Y ABUSO SEXUAL ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006

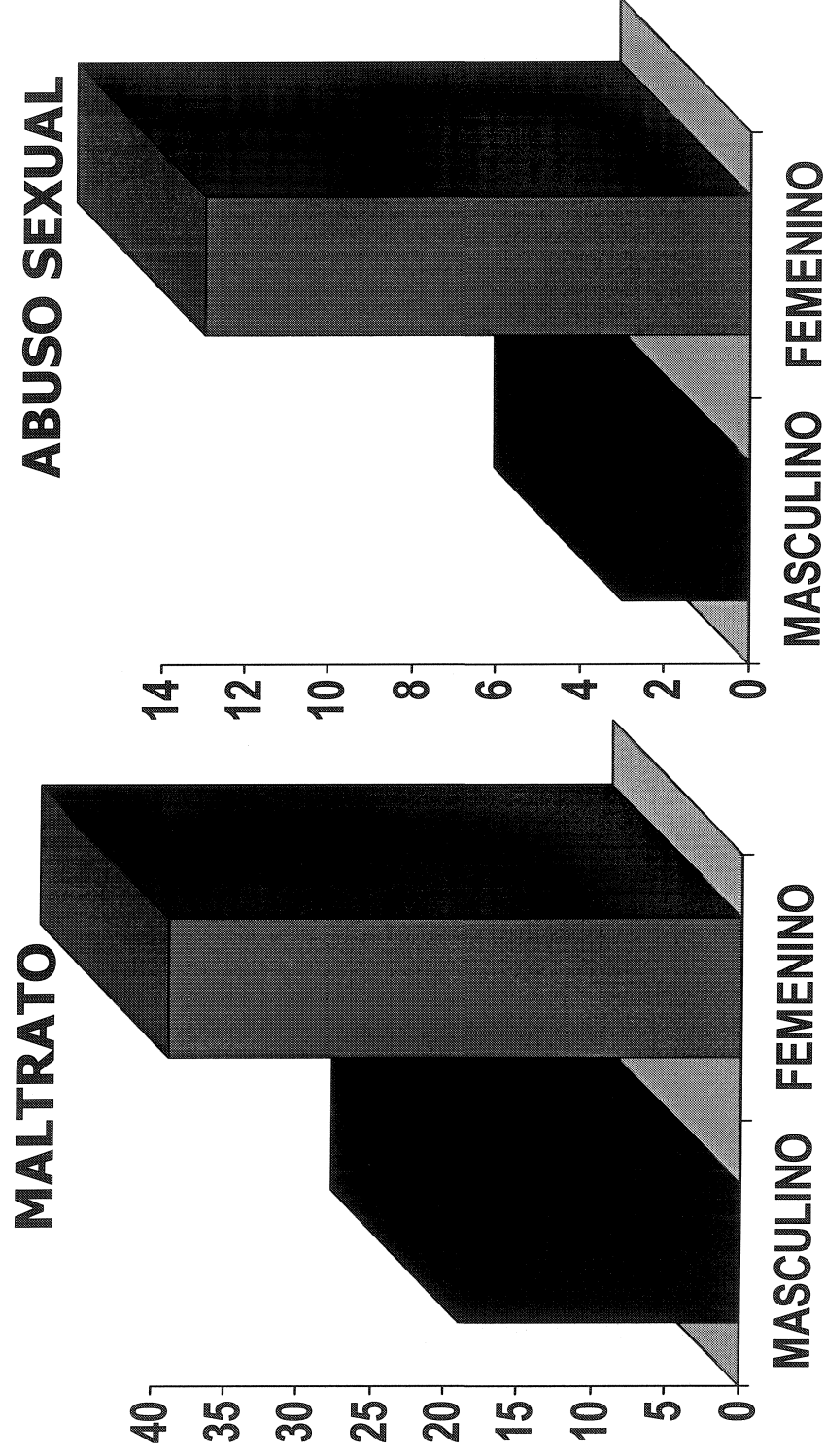


FUENTE: Cuadro No. 4B

SEXO VS MALTRATO Y ABUSO SEXUAL

ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA

ABRIL-MAYO 2006



FUENTE: Cuadro No. 4B

CUADRO N°. 5.
Características sociodemográfica vs. Hábitos tóxicos de los adolescentes
entrevistados. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.
n = 320

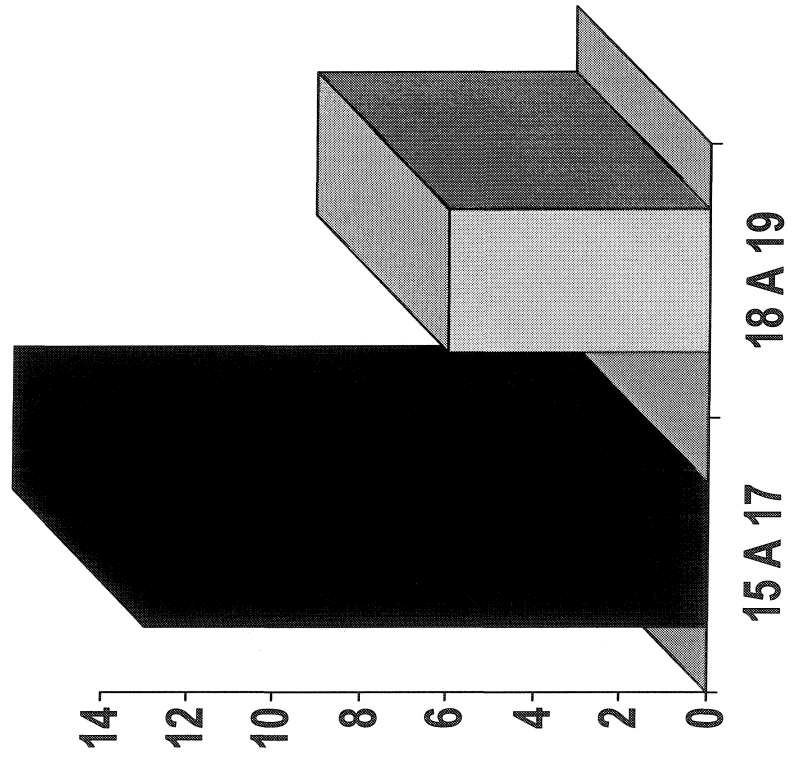
Características generales de Adolescentes	Hábitos tóxicos							
	Uso de drogas				Uso de bebidas alcohólicas			
	Si		No		Si		No	
	nº.	%	nº.	%	nº.	%	nº.	%
Edad								
❖ 15 a 17 años	13	6.5	186	93.5	35	17.6	164	82.4
❖ 18 a 19	6	5.0	115	95.0	34	28.1	87	71.9
Sexo:								
❖ Masculino	16	15.7	86	84.3	37	36.3	65	63.7
❖ Femenino	3	1.4	215	98.6	32	14.7	186	85.3
Estado civil:								
❖ Soltero /a	18	6.5	258	93.5	62	22.5	214	77.5
❖ Casado /a	1	4.5	21	95.5	4	18.2	18	81.8
❖ Acompañado /a	0	0.0	22	100	3	13.6	19	86.4
Nº de miembro que conforman la familia								
❖ < 5 miembros	11	6.7	154	93.3	39	23.6	126	76.4
❖ 5 a 10	8	5.5	138	94.5	29	19.9	117	80.1
❖ > 10	3	0.0	9	100	1	11.1	8	88.9

FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

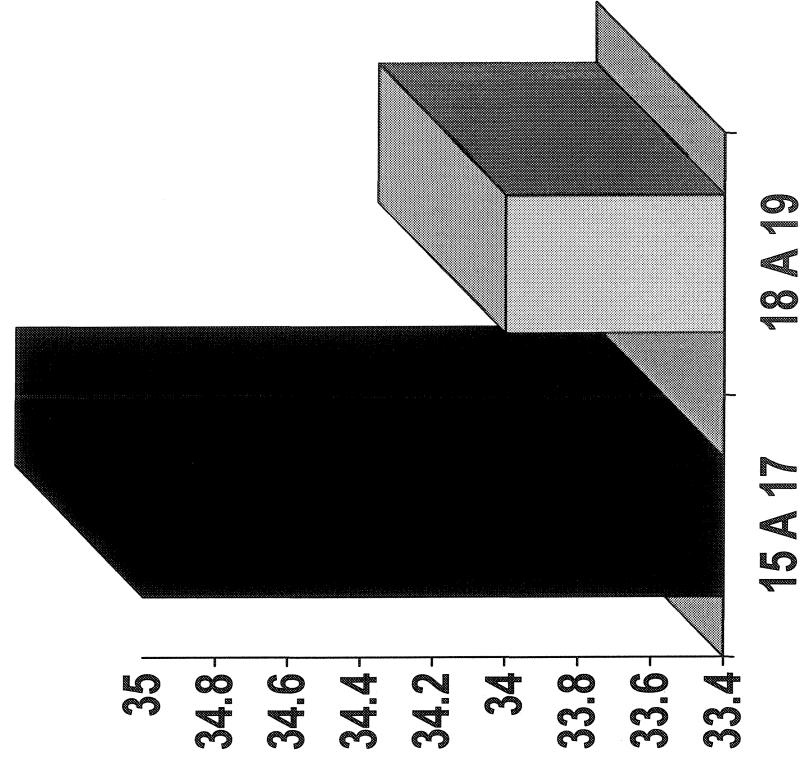
EDAD VS HABITOS TOXICOS ADOLESCENTES

ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006

USO DE DROGAS



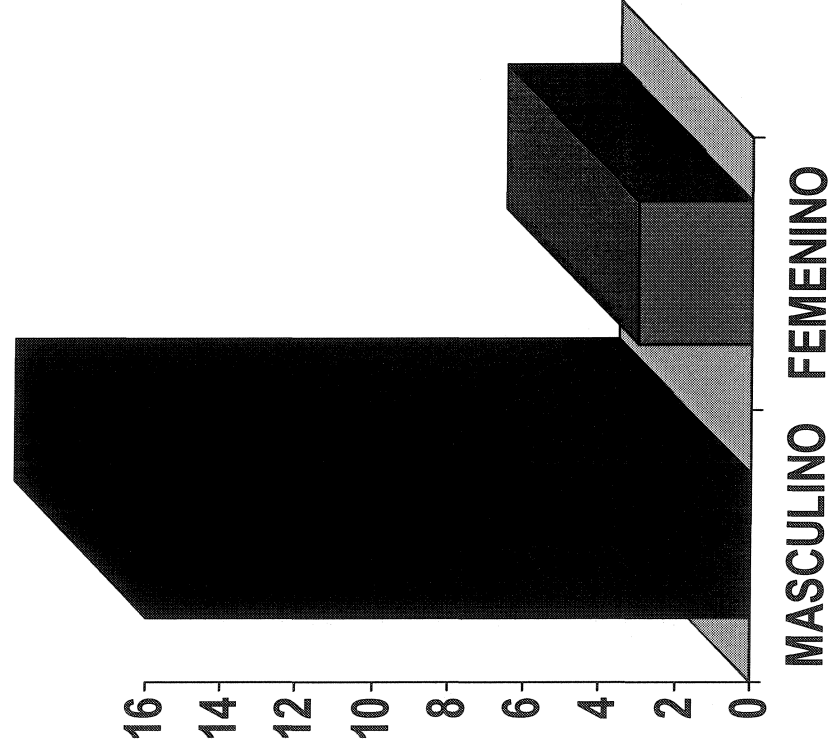
USO DE ALCOHOL



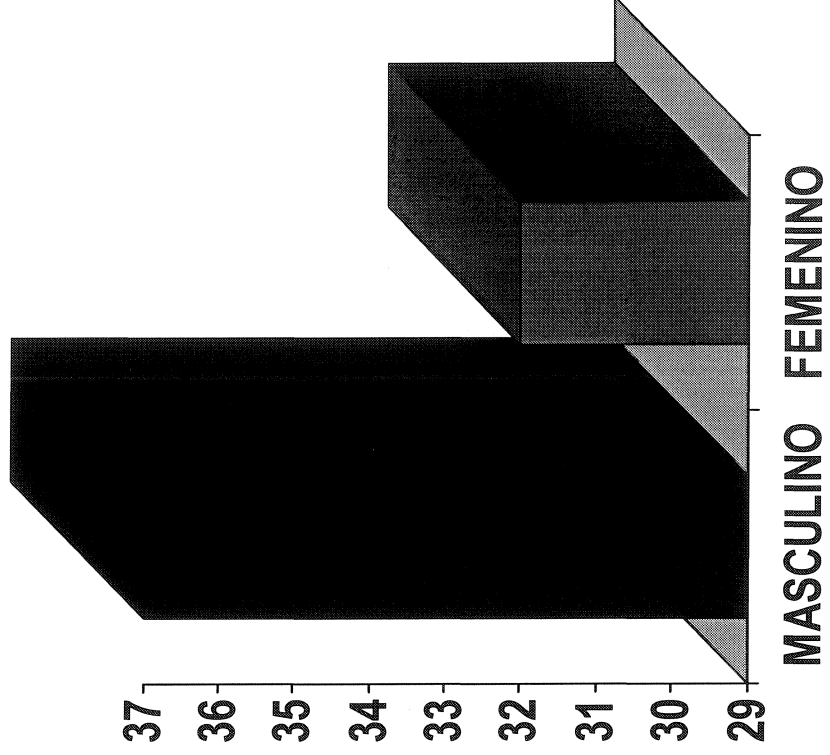
FUENTE: Cuadro No. 5

SEXO VS HABITOS TOXICOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006

USO DE DROGAS



USO DE ALCOHOL



FUENTE: Cuadro No. 5

CUADRO N°. 6.

Características sociodemográficas vs. Práctica de violencia y maltrato intrafamiliar en adolescentes entrevistados. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.

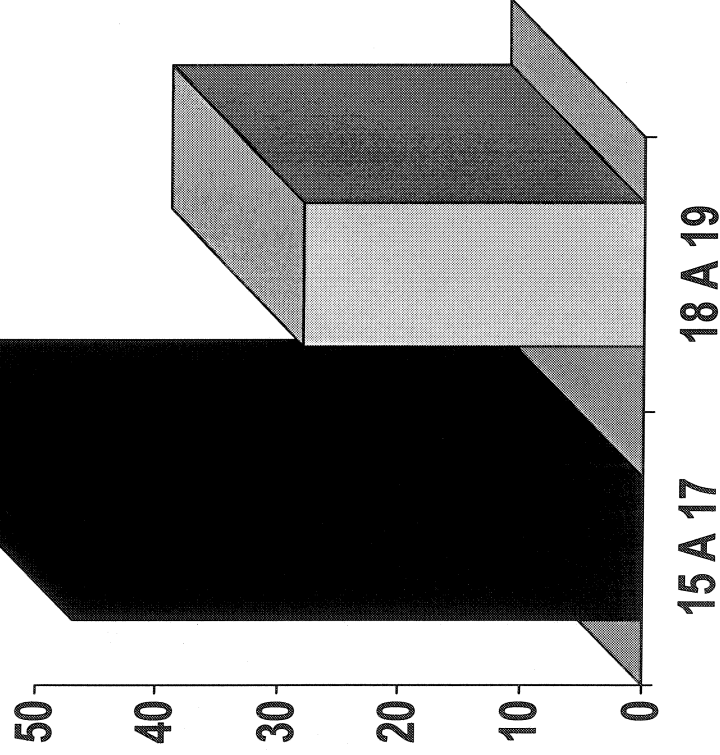
n = 320

Características generales de Adolescentes	Violencia							
	Uso de la violencia				Maltratado por su familia			
	Si		No		Si		No	
	n°.	%	n°.	%	n°.	%	n°.	%
Edad								
❖ 15 a 17 años	47	23.6	152	76.4	16	8.0	183	92.0
❖ 18 a 19	28	23.1	93	76.9	12	9.9	109	90.1
Sexo:								
❖ Masculino	31	30.4	71	69.6	9	8.8	93	91.2
❖ Femenino	44	20.2	174	79.8	19	8.7	199	91.3
Estado civil:								
❖ Soltero /a	65	23.6	211	76.4	22	8.0	254	92.0
❖ Casado /a	6	27.3	16	72.7	3	13.6	19	86.4
❖ Acompañado /a	4	18.2	18	81.8	3	13.6	19	86.4
Nivel de escolaridad:								
❖ Primaria	9	32.1	19	67.9	6	21.4	22	78.6
❖ Secundaria	48	20.2	190	79.8	21	8.8	217	91.2
❖ Universitario	9	25.7	26	74.3	1	2.9	34	97.1
❖ Sin nivel escolar	9	47.4	10	52.6	0	0.0	19	100
N° de miembro que conforman la familia								
❖ < 5 miembros	31	18.8	134	81.2	14	8.5	151	91.5
❖ 5 a 10	40	27.4	106	72.6	12	8.2	134	91.8
❖ > 10	4	44.4	5	55.6	2	22.2	7	77.8

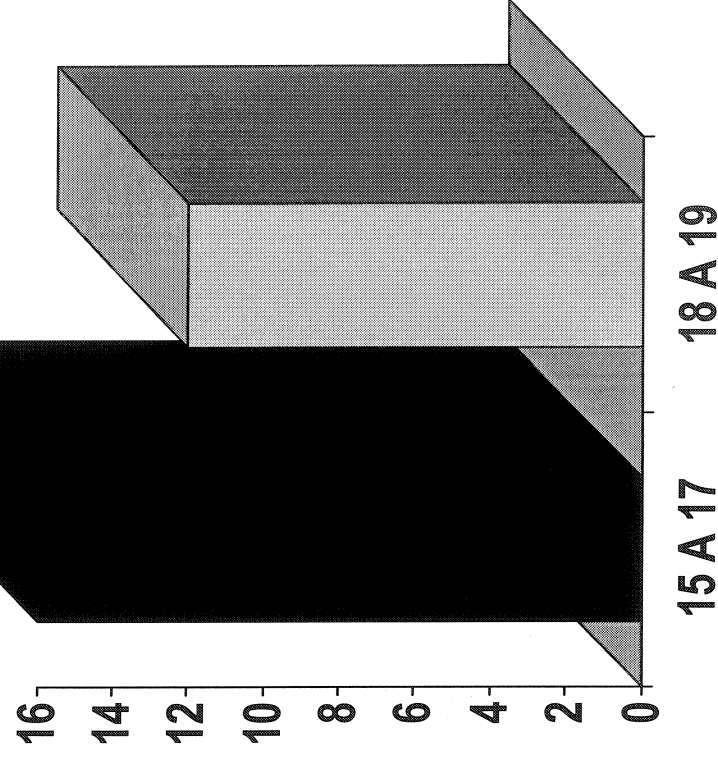
FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

EDAD VS PRACTICA DE VIOLENCIA Y MALTRATO INTRAFAMILIAR ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006

USO DE VIOLENCIA



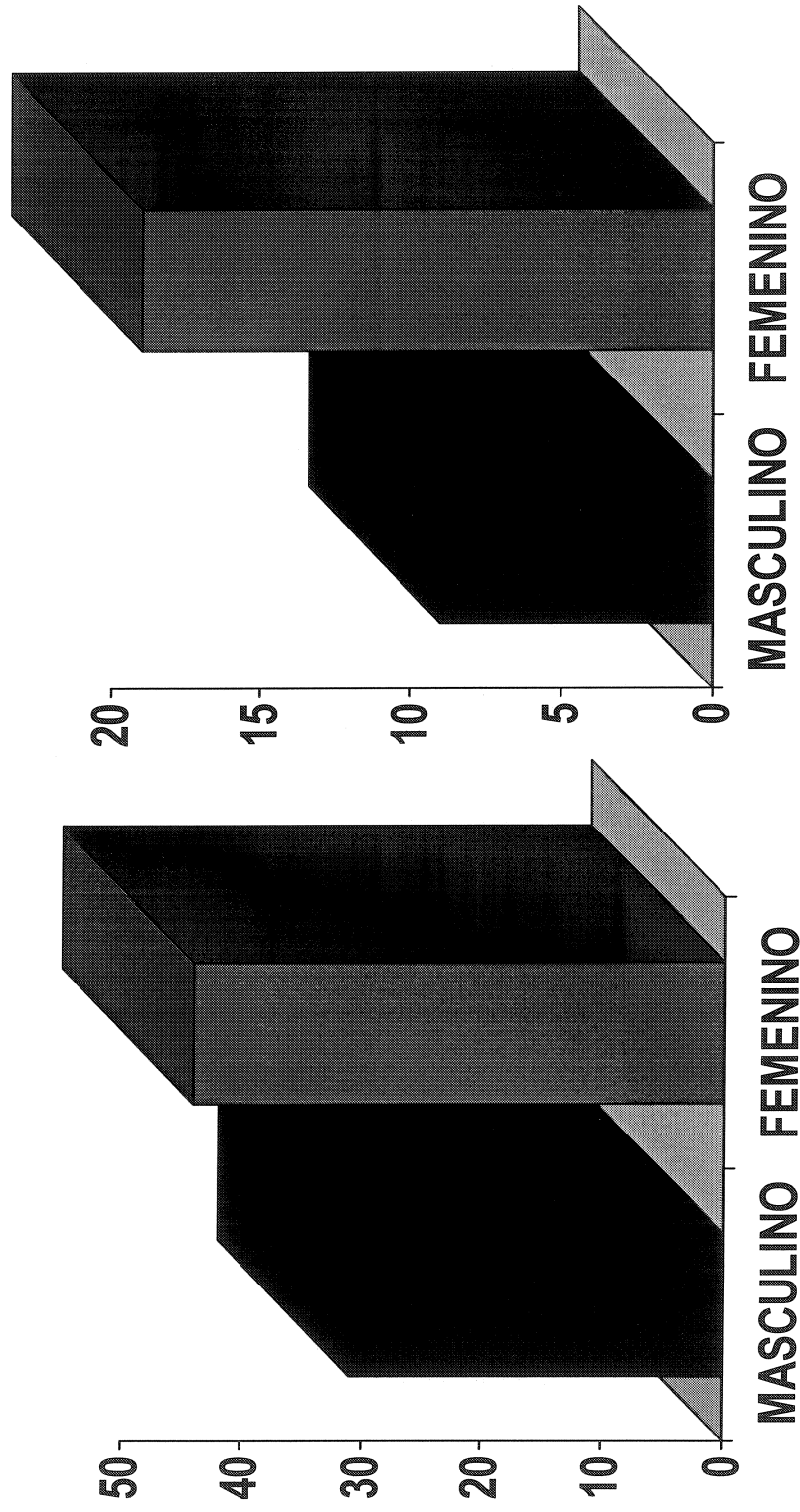
MALTRATO INTRAFAM



FUENTE: Cuadro No. 6

SEXO VS PRACTICA DE VIOLENCIA Y MALTRATO INTRAFAMILIAR ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006

USO DE VIOLENCIA MALTRATO INTRAFAM



FUENTE: Cuadro No. 6

CUADRO N°. 7.

Características sociodemográficas vs. Depresión e intento de suicidio en los adolescentes entrevistados. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.

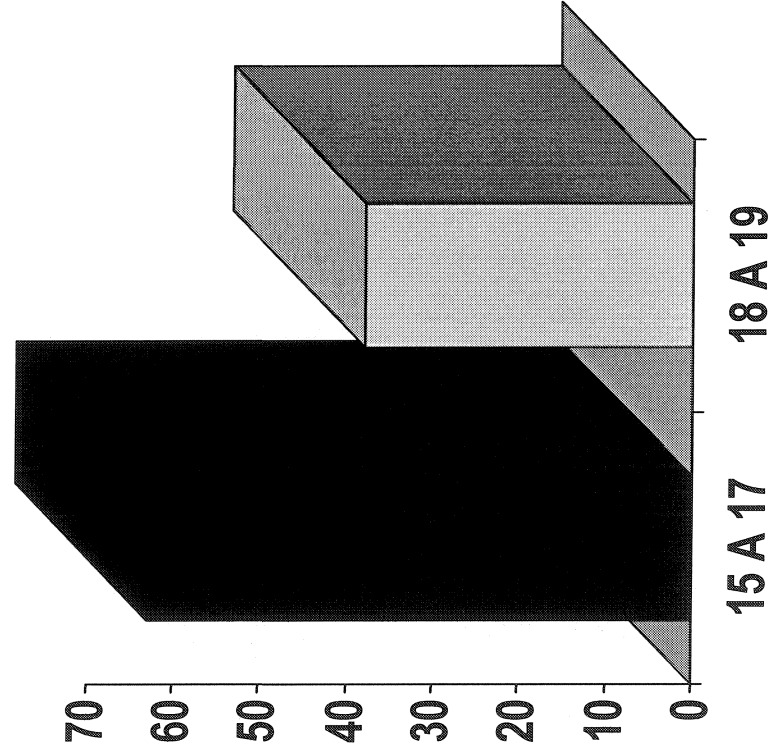
n = 320

Características generales de Adolescentes	Depresión/Suicidio							
	Depresión frecuentemente				Intento de suicidio			
	Si		No		Si		No	
	n°.	%	n°.	%	n°.	%	n°.	%
Edad								
❖ 15 a 17 años	63	31.7	136	68.3	41	20.6	158	79.4
❖ 18 a 19	38	31.4	83	68.6	19	15.7	102	84.3
Sexo:								
❖ Masculino	31	30.4	71	69.6	20	19.6	82	80.4
❖ Femenino	70	32.1	148	67.9	40	18.3	178	81.7
Estado civil:								
❖ Soltero /a	84	30.4	192	69.6	51	18.5	225	81.5
❖ Casado /a	6	27.3	16	72.7	3	13.6	19	86.4
❖ Acompañado /a	11	50.0	11	50.0	6	27.3	16	72.7
Nivel de escolaridad:								
❖ Primaria	10	35.7	18	64.3	7	25.0	21	75.0
❖ Secundaria	71	29.8	167	70.2	44	18.5	194	81.5
❖ Universitario	11	31.4	24	68.6	2	5.7	33	94.3
❖ Sin nivel escolar	9	47.4	10	52.6	7	36.8	12	63.2
N° de miembro que conforman la familia								
❖ < 5 miembros	53	32.1	112	67.9	34	20.6	131	79.4
❖ 5 a 10	47	32.2	99	67.8	26	17.8	120	82.2
❖ > 10	1	11.1	8	88.9	0	0.0	9	100

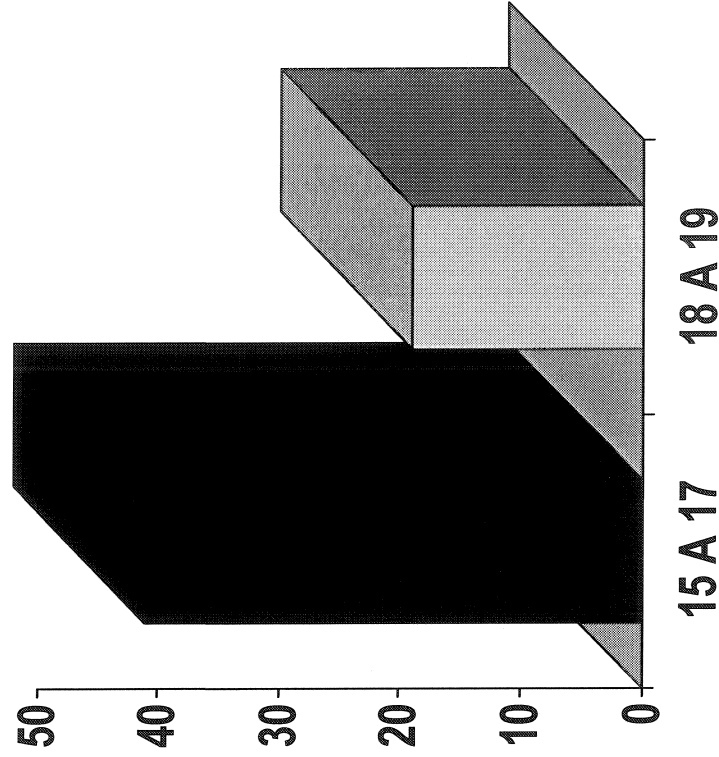
FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

EDAD VS DEPRESION FREC E INTENTO DE SUICIDIO. ADOLESCENTES ENTREVISTADOS. **JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006**

DEPRESION FREC



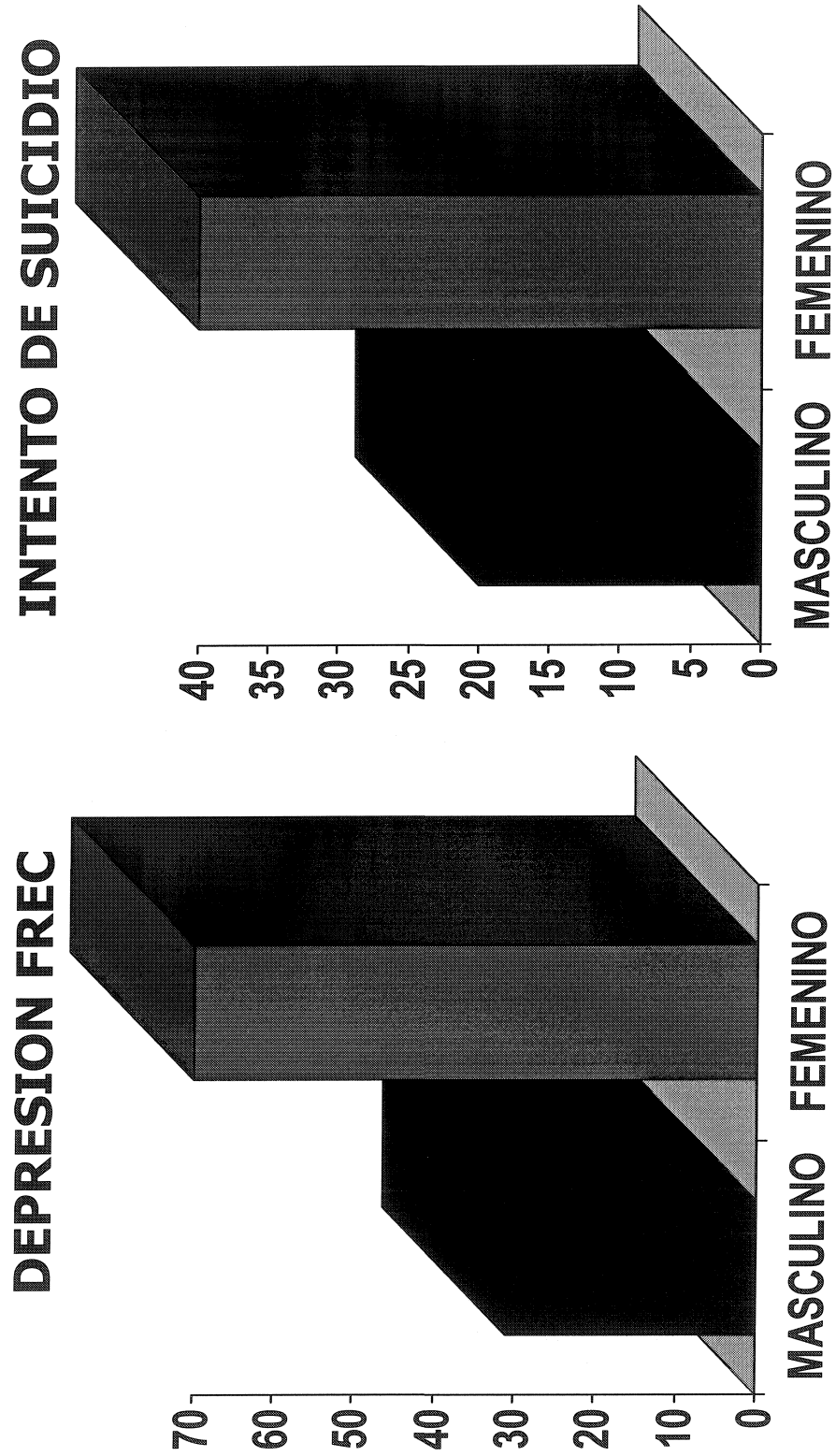
INTENTO DE SUICIDIO



FUENTE: Cuadro No. 7

SEXO VS DEPRESION FREC E INTENTO DE SUICIDIO ADOLESCENTES ENTREVISTADOS.

JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006



FUENTE: Cuadro No. 7

CUADRO N°. 8.
Elementos de la salud reproductiva de los adolescentes entrevistados. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.

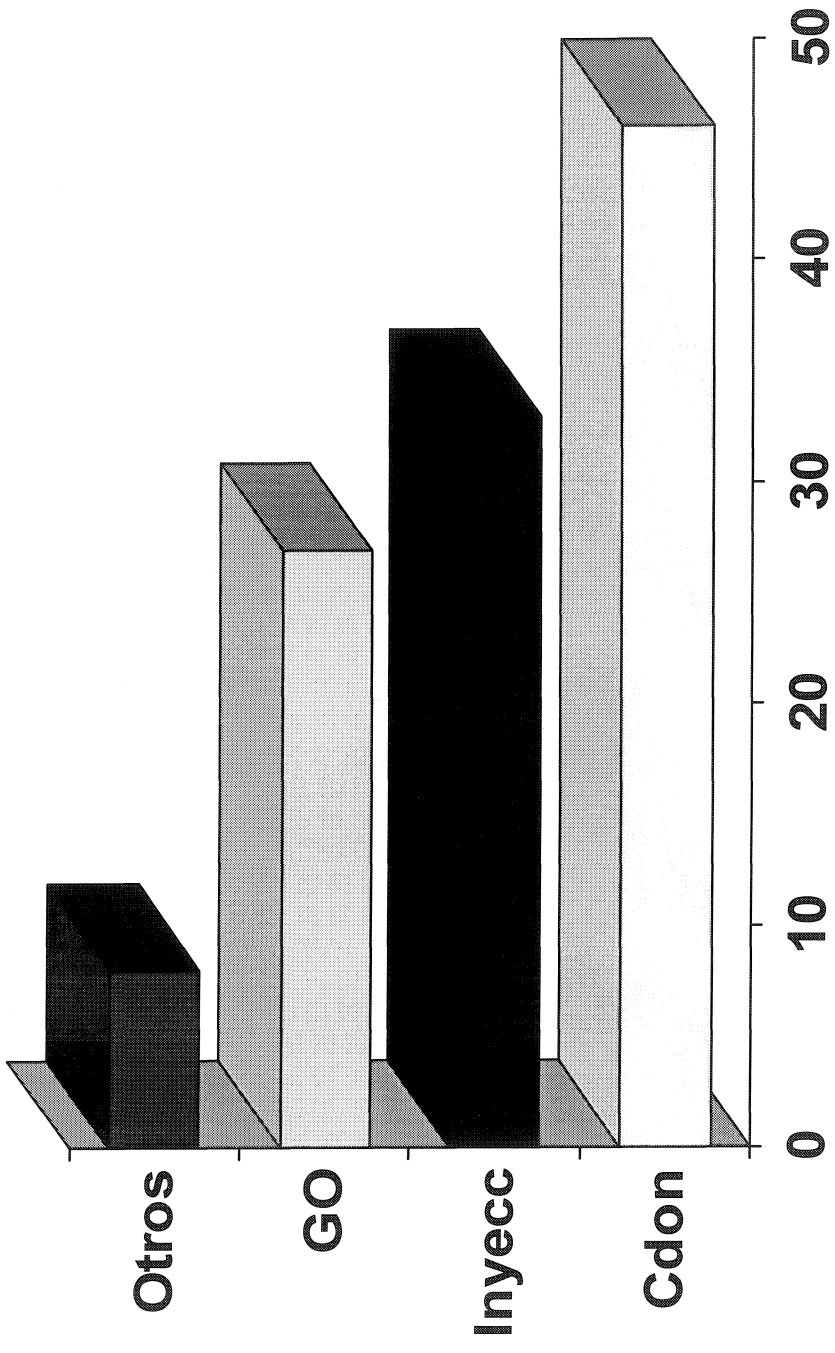
n = 156

Método anticonceptivo utilizado y lugar donde los consiguen.	TOTAL	
	N°.	%
Método anticonceptivo que utilizan los adolescentes con vida sexual activa.		
○ Preservativo	46	29.4
○ Inyectables	33	21.2
○ Pastilla	27	17.4
○ Orales de emergencia	6	3.8
○ Otros	2	1.3
○ No utilizan ningún método	42	26.9
Donde consiguen los anticonceptivos		
○ Farmacia	57	36.5
○ Unidades de salud	52	33.4
○ Amigos	4	2.6
○ No utilizan	43	27.3

FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

- * El 55.6% de los adolescentes dijeron usar anticonceptivos orales por ser fácil y seguro. Solo el 34.0% de todos los adolescentes reconocer que el preservativo protege contra ITS. Y el 33.3% utilizan anticonceptivo de emergencia por comodidad.

**METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS POR ADOLESCENTES
ENTREVISTADOS. JINOTEGA ABRIL-MAYO 2006**



FUENTE: Cuadro No. 8

CUADRO N°. 9.

Características sociodemográficas vs. Situación de la salud reproductiva de los adolescentes entrevistados. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.

n = 320

Características generales de Adolescentes	Situaciones de salud reproductiva							
	Uso de anticonceptivo				Recibieron explicación			
	Si		No		Si		No	
	n°.	%	n°.	%	n°.	%	n°.	%
Edad								
❖ 15 a 17 años	55	27.6	144	72.4	90	45.2	109	54.8
❖ 18 a 19	59	48.8	62	51.2	70	57.9	51	42.1
Sexo:								
❖ Masculino	39	38.2	63	61.8	52	51.0	50	49.0
❖ Femenino	75	34.4	143	65.6	108	49.5	110	50.5
Estado civil:								
❖ Soltero /a	84	30.4	192	69.6	130	47.1	146	52.9
❖ Casado /a	14	63.6	8	36.4	15	68.2	7	31.8
❖ Acompañado /a	16	72.7	6	27.3	15	68.2	7	31.8
Nivel de escolaridad:								
❖ Primaria	14	50.0	14	50.0	15	53.6	13	46.4
❖ Secundaria	79	33.2	159	66.8	116	48.7	122	51.3
❖ Universitario	14	40.0	21	60.0	24	68.6	11	31.4
❖ No respondieron	7	36.8	12	63.2	5	26.3	14	73.7
N° de miembro que conforman la familia								
❖ < 5 miembros	71	43.0	94	57.0	99	60.0	66	40.0
❖ 5 a 10	40	27.4	106	72.6	59	40.0	87	59.6
❖ > 10	3	33.3	6	66.7	2	22.2	7	77.8

FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

CUADRO N°. 10.

Medios de comunicación utilizados por los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.

n = 320

Medios de comunicación	TOTAL			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
Se viven informando frecuentemente sobre los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva.	240	75.0	80	25.0
Leen en los diarios o revista.	181	56.6	139	43.4
Lo ven frecuentemente en la TV.	193	60.3	127	39.7
Lo oyen más en la radio.	124	38.8	196	61.3
La información la obtiene más de sus padres.	136	42.5	184	57.5
La información la obtiene más de sus amigos.	142	44.4	178	55.6
Cuando tiene un problema de salud sexual y reproductiva lo consulta más con el personal de la salud.	119	37.2	201	62.8
Les brindan información los organismos que trabajan por los adolescentes.	177	55.3	143	44.7

FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

CUADRO N°. 11.

Acceso a la información que tienen los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.

n = 320

Acceso a la información en materia de salud sexual y reproductiva.	TOTAL			
	Si		No	
	Nº.	%	Nº.	%
Comprenden bien los temas de salud sexual y reproductiva al momento que se les explicados.	183	57.2	137	42.8
Entienden todo lo que le dicen.	192	60.0	128	40.0
Lo visitan frecuentemente las instituciones que trabajan por los adolescentes.	97	30.3	223	69.7
Reciben material informativo.	136	42.5	184	57.5
Tienen dificultades con la obtención de la información escrita donde al llegar a solicitarla.	107	33.4	213	66.6
Les hablan en las escuelas sobre los problemas de salud sexual.	226	70.6	94	29.4
Conocen que en el centro de salud hay alguien que trabajan para el bienestar de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes.	177	55.3	143	44.7
Reconocen que hay clubes de adolescentes en el centro de salud.	107	33.4	213	66.6
Reconocen al centro de salud o instituciones que trabajar con ello de manera específica.	179	55.9	141	44.1

FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

CUADRO N°. 12.

Temas en salud sexual y reproductiva y los lugares donde buscan información los adolescentes. Municipio de Jinotega. Abril a Mayo 2006.

n = 320

Temas e instituciones	TOTAL	
	N°.	%
Temas que buscan informarse los adolescentes.		
• Sobre ITS/VIH/SIDA.	175	54.7
• Problemas del embarazo anticoncepción	44	13.8
• Otros (Abuso sexual, VIF, Uso de drogas)	11	3.4
• Todos los temas de S.S.R en general	31	9.7
• No buscan información	59	18.4
Instituciones que trabajan en informar a los adolescentes		
• MINSA	81	25.6
• Carita de Nicaragua	67	20.9
• PROFAMILIA	57	25.3
• Centro de rehabilitación(vida joven)	33	17.8
• No conocen a ninguno	82	10.3

FUENTE: Entrevista de los adolescentes que participaron en el estudio. Jinotega I. semestre del 2006

Instrumento de recolección de la información

Diagnostico de la situación de los adolescentes 15 a 19 años de edad, en salud sexual y reproductiva, del municipio de Jinotega. Abril 2006.

Nota: la información será recolectada por la información que de den los entrevistado al investigador.

A. Aspectos Demográficos

1. Edad. _____
2. Sexo. _____
3. Estado civil. _____
4. Escolaridad. _____
5. Procedencia. _____
6. Natalidad. _____
7. Número de personas viven en su vivienda. _____

B. Aspectos socio – económicos – culturales.

Preguntas	Repuestas	
	Si	No
8. Trabaja actualmente		
9. Pertenecer a un grupo religioso		
10. Visita algún grupo o afiliación		
11. La vivienda donde vive es propia		
12. Tienen todos los servicios básico su vivienda		
13. Si trabaja cual es su salarios. _____		
14. Desde cuando trabaja. _____		
15. Por que no siguió estudiando _____		
16. Religión a la pertenece. _____		
17. Cual es su principal recreación. _____		

C. Aspectos de salud sexual y reproductiva

Preguntas	Repuestas	
	Si	No
18. Ya inicio vida sexual activa.		
19. Ha tenido más de dos compañeros /as sexual		
20. Tiene hijo		
21. Ya tuvo un mal parto. o su compañera lo tuvo		
22. Es madre soltera O. Usted abandono a su compañera embarazada		
23. Ha padecido de alguna enfermedad en los genitales		
24. Busco atención medica por la enfermedad que tuvo		
25. Se ha realizado la prueba de VIH/SIDA		
26. Ha usado alguna vez algún método anticonceptivo		
27. Ha sentido que lo han maltratado alguna vez		
28. Han abusado sexualmente de usted		
29. Se siente bien utilizar la fuerza para imponerse ante todos		
30. Lo maltratan en su familia		
31. Lo maltratan en la escuela o en algún otro lugar		
32. Ha estado preso por problema de pandillerismo o otra delincuencia		
33. Ha utilizado droga		
34. Actualmente utiliza droga		
35. Actualmente consume bebidas alcohólica		
36. Alguna vez se ha sentido con la intención de suicidarse		
37. Se siente muy frecuentemente deprimido		
38. Tiene algún propósito en su vida		
39. Se siente seguro de la persona que es		

40. Usted tiene buena relación con todos sus compañeros		
41. Sus padres se preocupan por su salud		
42. Cual es el método de planificación que más utiliza _____		
43. Por que utiliza este método _____		
44. Donde lo consigue. _____		
45. Por que no se ha realizado la prueba de VIH/SIDA. _____		
46. Si padeció ITS. Como hizo para curarse. _____		
47. Si ha sido maltratado o abusado sexualmente porque no a denunciado.		

48. Con quien frecuente consumir droga o alcohol cuando lo hace. _____

D. Canales de comunicación.

Preguntas	Repuestas	
	Si	No
49. Se vive informando sobre los problemas relacionado a la salud sexual y reproductiva		
50. Lo lee en los diario o revista		
51. Lo ve frecuentemente en la TV		
52. Lo oye más en la radio		
53. La información la obtiene más de su padres		
54. La obtiene más de sus amigos		
55. Cuando tiene un problema de salud sexual y reproductiva lo consulta más con el personal de la salud		
56. Le brindan información muchos organismo que trabajan por los adolescentes		
57. Siente que cuando habla sobre sus problemas de salud sexual y reproductiva le explican bien		
58. Entienden todo lo que le dicen		
58. Lo visitan frecuentemente o visita alguna organización para mejorarle sus conocimiento sobre salud sexual y reproductiva		
59. Recibe material informativo o usted que hay mucho material para ser informado		

60. En las escuelas le hablan de los problemas de salud sexual y reproductiva que son frecuente a su edad.

61. cuales son las instituciones que se dedican a ayudarle a los jóvenes sobre los problemas de salud sexual y reproductiva _____ en _____ su municipio. _____

62. Conoce si en su centro de salud hay quienes trabajan para el bienestar de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. _____

63. Hay clubes de adolescentes en el centro de salud donde usted va. _____

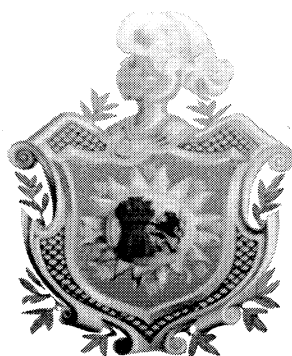
64. Le hablan de todos los problemas de salud sexual y reproductiva. _____

65. Hay alguien en el centro de salud o en otras instituciones que trabajan con jóvenes que lo atiendan específicamente por problema de salud sexual y reproductiva.

¡MUCHAS GRACIAS!

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, MANAGUA
MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**TRABAJO PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**



INFORME EJECUTIVO

**DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS.
MUNICIPIO DE JINOTEGA. ABRIL-MAYO 2006**

AUTORA: Dra. Erlinda Castillo Castellón

**TUTORA: LIC. YADIRA MEDRANO MONCADA, MSP
PROFESORA TITULAR UNAN-MANAGUA**

Índice

	Pág.
I. Introducción	1
II. Diseño Metodológico	3
III. Resultados	3
IV Recomendaciones	5

Introducción

La atención a la problemática de la población infantil y adolescente, está subsumido dentro de un paquete de medidas a “grupos vulnerables”. Nicaragua cuenta hoy día con una legislación moderna y amplia en materia de niñez y adolescencia y con un marco de protección social. Otro elemento importante es la cultura adultista que concibe a los adolescentes como objetos pasivos de la protección a los adultos y no como sujetos de derecho.

Los indicadores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes se centran sobre todo en las consecuencias de la salud reproductiva, y dejan fuera los indicadores de salud sexual y de desarrollo.

La adolescencia se caracteriza por grandes y rápidos cambios en el crecimiento y desarrollo físico. Es también un período de cambios mentales, emocionales y sociales profundos. Los muchachos adolescentes, como las muchachas, son una población heterogénea. La tendencia de los adolescentes a no revelar sus emociones y problemas personales, las dificultades para emitir las necesidades y las presiones para seguir los papeles y normas tradicionales conlleva al consumo de sustancias y el suicidio.

El propósito de nuestro estudio es contribuir de alguna manera a detectar precozmente las necesidades, situaciones de riesgo en materia de salud sexual y reproductiva, también reconocer las prioridades y formas de transmitirles información que ayude a fomentar la autoestima y el autocuidado que implica en las mejoras en el desarrollo humano de los muchachos de la región de Jinotega.

En Nicaragua los adolescentes demuestran bajas tasas de asistencia escolar. De la población de ambos sexos de 6 años y más edad, el 22.5% no tienen ningún nivel educativo, el 49.0% tiene algún nivel de primaria, entre el 21.0% y el 24.0% presenta algún nivel de secundaria, y solamente un 4.0% con algún nivel de educación superior. Las tasas de fertilidad entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad han disminuido en la región, lo cual se atribuye al incremento de los niveles de educación.

Pero las tasas de fertilidad siguen siendo superiores al 100 por 1000. Las infecciones de transmisión sexual son altas. De igual manera la exposición al abuso sexual.

En el municipio de Jinotega la violencia intrafamiliar y sexual entre las edades de 16 a 20 años por trimestre tienen un promedio de 18 casos donde la primera representa el 66.6% y el 21.0% y 52.8% es causado en la población que tiene un nivel de escolaridad de primaria.

Resultado de dos encuestas de población en Nicaragua (ENDESA 20001 y EMNV 2001), se encontró: la mitad de los jóvenes que tuvo su primera relación sexual la hizo a los 16 años, habiendo grupos muy significativos que lo tienen a menores y mayores edades.

Los estudios demuestran que los factores de riesgo de las conductas problemáticas y sus consecuencias para la salud son comunes y están relacionados entre sí. Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva. Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia: el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

Se estima que 10 años de escolaridad o más constituye una educación adecuada protección y asegurar la superación de la pobreza. En Nicaragua el 70.0% de los jóvenes están en secundaria y uno de cada seis en la Universidad.

La mayoría de jóvenes (72%) vive en un medio familiar (padre, madre y hermanos/as o con su pareja e hijos). Es muy difícil aún para muchos adultos reconocer la sexualidad de los y las adolescentes como un hecho natural, importante para su desarrollo, lo que ha contribuido a su discriminación en los servicios de atención de la salud sexual.

Diseño Metodológico

Se realiza estudio descriptivo de corte transversal en el municipio de Jinotega en el área urbana en 32 barrios en período marzo – abril de 2006 a adolescentes en edades comprendidas entre 15-19 años. El muestreo fue por conglomerado agrupándose por cada barrio 10 adolescentes, tomando un total de 320 unidades mediante entrevista, con variables de estudio: Características sociodemográficas, Aspecto de Salud Sexual y Elementos de Salud Sexual Reproductiva, construido inéditamente basado en los elementos de la salud sexual y reproductiva.

Resultados

De los 320 adolescentes que se entrevistaron el 62.2% estaban entre 15-17 años; en su mayoría 68.1% del sexo femenino. El 20.6% de los jóvenes trabaja actualmente. El 20.6% no estudia actualmente y el 6.8% estudia y trabaja.

Del total de los adolescentes el 51.3% ya inició su vida sexual; 14.7% ha tenido más de dos compañeros/as definitivo/a; 13% menciona tener ya un hijo. El 4.7% dijo haber padecido de enfermedades de transmisión sexual. El 7.8% de los jóvenes se han realizado la prueba de VIH. El 35.6% ya ha utilizado algún método anticonceptivo; 18.1% de los adolescentes señalan que han sido maltratados y el 5.0% han abusado sexualmente.

El 23.4% de los jóvenes señalan que se sienten bien al utilizar la violencia; el 8.8% dicen que son maltratados en su familia y el 6.8% que lo han maltratado en la escuela u otro lugar.

El 18.7% de los jóvenes señalaron que han consumido drogas y el 5.9% dijo que actualmente lo esta haciendo. El 18.8 % de los adolescentes ha tenido la intención de suicidarse. Entre el 10.0 y 20.0% dijeron no tener propósito en su vida. El 58.7% de los jóvenes de 18 a 19 años mencionaron haber tenido relaciones sexuales y el 9.9% ya evidenciaron un aborto.

Los jóvenes entre 15 a 17 años el 6.5% consumen drogas mientras que los jóvenes de 18 a 19 años el 28.1% consumen licor.

En general los adolescentes en las diferentes edades y ambos sexos señalaron entre el 30.0% y 33.0% se deprimen frecuentemente.

El 75.0% de los adolescentes entrevistados dijeron que se viven informando sobre los problemas de salud sexual y reproductiva. El 56.6% para informarse leen en los diarios y el 60.3% lo hacen en la televisión. El 44.0% de los jóvenes dijeron que sus mayores informantes eran sus amigos seguidos de sus padres.

Más del 57.0% de los adolescentes mencionaron que entienden y comprenden bien los temas que se les explican en materia de salud y reproductiva. Solo el 30.0% dijeron ser visitados por instituciones que trabajan con ellos. Cuando se les preguntó si en el colegio les hablaban de salud sexual el 70.6% respondió que sí.

Los temas que más buscan informarse el 54.7% de los adolescentes son relacionados con ITS y VIH/SIDA. El 25% de los adolescentes reconocen al MINSA y PROFAMILIA como instituciones que más trabajan por ellos.

Al hablar de la salud sexual de nuestros adolescentes, más de la mitad ya iniciaron relaciones sexuales. El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestra sociedad, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones pre-matrimoniales. La fecundidad en estos jóvenes es reflejada al observar que el 13.8% de estos ya tiene un hijo. Se observa el abandono a la responsabilidad paternal y a la evidencia de aborto.

Los y las jóvenes de Jinotega demuestran patrones de características propias del país, donde los muchachos que no estudian y forman parte de la población económicamente activa no tienen trabajo. La cuarta parte de los adolescentes no tienen vivienda propia y si tienen servicios básicos no son completos. Las razones que señalaron como motivo para no seguir estudiando fueron situación económica difícil, por embarazos en las jóvenes, desinterés y uno menciona que no se lo permitieron.

Con relación a la salud sexual y reproductiva de nuestros muchachos los principales elementos que presentan señales de peligro y exponen al deterioro del desarrollo pleno e integral son: Iniciación temprana de las actividades sexuales sin o inadecuadamente protegido; la poca percepción del cuidado de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA; el uso de la violencia y el maltrato familiar, y el bajo nivel de escolaridad que son la población más susceptible o expuesta.

En cuanto a los elementos de la comunicación lo más evidente es la información de persona a persona a través de diferentes instituciones que trabajan en su beneficio. Los temas que más buscan información son los relacionados a las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA y los problemas relacionados con el embarazo.

Recomendaciones

Integrar a los jóvenes activamente en el reconocimiento de sus necesidades y establecimiento de estrategias por las instituciones que velan por el bienestar de ellos y en los diferentes escenarios en que viven los jóvenes.

Fomentar la educación sexual y el conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos desde edades tempranas bajo la congregación de pares y la información vivencial de los jóvenes mayores.

Las instituciones no gubernamentales y la sociedad civil aboguen por el cumplimiento de los acuerdos internacionales venciendo los obstáculos al acceso de los servicios que se brindan en las unidades de salud estatales.

Articular acciones entre los diversos medios de comunicación y las diferentes instituciones o autoridades de la región que permitan informar sobre temas de la salud sexual y reproductiva de manera masiva.

Vincular a los padres de familia continuamente en los clubes de adolescentes que se llegaran a formar como tutelados de dichas congregaciones, ya sean en escuelas, unidades de salud u otras instituciones.

Plan de intervención

Objetivo general: establecer acciones que permitan darle opción a los adolescentes de Jinotega, de conocer elementos de salud sexual y reproductiva que mejore su comportamiento en relación a su sexualidad y reproductividad.

Objetivo específico: involucrar a las instituciones gubernamentales y no gubernamentales en la creación de fuentes de información en sitios específicos de mayor concurrencia de jóvenes en la región.

Acciones	Actividades	Fecha de realización	Responsable participante
Establecer red de coordinación entre las instituciones que permitan articularse con los jóvenes y posteriormente por efecto de bola de nieve establecer mayor acercamiento en dicha población	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Delegar responsables por cada institución que trabaja con jóvenes en el compromiso de acuerdo para lograr los objetivos propuesto ☞ Realizar reuniones semanales sobre estrategias y avance de la coordinación. ☞ Reconocimiento de jóvenes líderes y la solicitud de su apoyo. ☞ Detección de sitios más concurrido dicha población. 	Enero a Marzo 2007	Gerentes institucionales de organismo no gubernamentales y gubernamentales. Responsables delegados por cada institución. Jóvenes líderes
Aprovechar los clubes de adolescentes que ya están establecidos por institución y la congregación de estos para que las personas capacitadas en diferentes materias relacionadas con los aspectos sexuales y reproductivos, en ciertos momentos impartan charlas educativas.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Con los medios didácticos y personal capacitados de cada institución favorecer el acceso de información a los jóvenes localizados. ☞ Crear cuotas de participación en base a dudas e inquietudes anónimas creando buzones en que se puedan depositar. ☞ Crear acostumbramiento de la participación semanal de parte de los jóvenes considerando el cumplimiento puntual de dichas actividades. 	Marzo a Diciembre 2007	Responsables delegados por cada institución. Jóvenes líderes Personal capacitado en salud sexual y reproductiva.
A través de las políticas y leyes que las instituciones se apoyen para el seguimiento continuo de la información en dicha población e ir involucrando a más instituciones.	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Dar a conocer a otras instituciones la situación actual y los avances de las nuevas estrategia que permitan su involucramiento. ☞ En determinado momento crear la participación de padres como medida de apoyo de seguimiento de dichas actividades. ☞ Establecer estudios continuos sobre los avances y darlos a conocer a sectores claves de la sociedad. 	Marzo a Diciembre 2007	Responsables delegados por cada institución. Jóvenes líderes Personal capacitado en salud sexual y reproductiva. Madres y Padres de familia.